

## Erişkinde 'Tourette Bozukluğu': Bir Olgu Sunumu

### 'Tourette Disorder' in Adults: A Case Report

Ayşegül BARAK<sup>1</sup> , Çiçek HOCAOĞLU<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize

#### Öz.

Tourette sendromu (TS) çoklu tikler ile karakterize nöro gelişimsel bir hastalıktır. Bireylerin çocuklukta başlayan ve devam eden çoklu motor ve vokal tikleri vardır. Motor ve vokal tikler basit veya karmaşık olarak sınıflandırılır. Tikler genellikle çocuklukta başlar ve tiklerin yeri, sıklığı ve ciddiyeti zamanla değişebilir. TS ile obsesif kompulsif davranışlar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anksiyete ve depresyon gibi nöropsikiyatrik problemlerin birlikteliği sıktır. Farmakolojik tedavi her zaman gerekli değildir. Davranışçı yaklaşımlar, medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri vardır ve tedavi hastaya göre kişiselleştirilmelidir. Farmakolojik tedavide öncelikle alfa 2 reseptörü agonistleri ve antipsikotik ilaçlar kullanılır. TS genellikle erişkin dönemde iyileşir. Bu çalışmada ayaktan tedavi birimimize isteksizlik, aşırı titizlik, sinirlilik, keyifsizlik, kişilerarası ilişkilerinde sık sık sorunlar yaşama yakınmaları ile başvuran, çocukluk döneminden bu yana motor-vokal tikleri olduğu öğrenilen TS tanısı ve eş tanımlı majör depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk tanıları ile izlenen 33 yaşındaki erkek hasta literatür bilgileri ışığında sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Tourette sendromu, Tik, Erişkin, Antipsikotik

#### Abstract

Tourette syndrome (TS) is a neurodevelopmental disorder characterised by multiple tics. Individuals have multiple motor and vocal tics that begin in childhood and that are ongoing. Motor and vocal tics are classified as simple or complex. Tics often begin in childhood, and the location, frequency, and severity of tics can change over time. TS is associated with neuropsychiatric problems such as obsessive-compulsive behaviors, attention deficit hyperactivity disorder, anxiety and depression. Pharmacological treatment is not always necessary. Behavioral approaches, medical treatment and surgical treatment are treatment options; and treatment should be individualized according to patient. Primarily alpha 2 receptor agonists and antipsychotic drugs use in the pharmacological treatment. TS generally often improves in adulthood. In this study, a 33-year-old male patient, admitted to our outpatient clinic with complaints of reluctance, excessive meticulousness, irritability, malaise, and frequent interpersonal problems and motor-vocal tics since childhood who had been diagnosed with TS, major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder in the light of the literature is presented.

**Key words:** Tourette Syndrome, Tic, Adult, Antipsychotics

#### Sorumlu Yazar / Corresponding Author

Arş. Gör. Dr. Ayşegül BARAK

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Rize

Tlf: 04642130491

e-mail: ayseguulbarak@gmail.com

**Geliş tarihi / Received:** 06.03.2019

**Kabul tarihi / Accepted:** 22.11.2019

**DOI:** 10.35440/HUTFD.536691

## Giriş

Tourette Sendromu (TS) çocukluk veya ergenlik çağında başlayan, binde 4-6 sıklıkla görülen en az bir yıl süren motor ve vokal tiklerle karakterize nöropsikiyatrik bir hastalıktır (1,2,3). Çocukluk veya ergenlik çağında başlangıç, yaygınlaşmış tik ve istemsizce söylenen argo sözler olmak üzere 3 bileşeni vardır (3). Tourette Sendromunun da içinde bulunduğu tik bozuklukları ilk kez 1825'te Fransız bir hekim olan Jean Marc Itard tarafından 'Dampierre Markizi' olgusu ile bildirilmiştir (4). Markizi'nin semptomları 7 yaşında başlamıştı ve evlendikten sonra dahi alevlenerek devam etmişti. Normalde kibar bir insan olmasına rağmen toplum tarafından kabul edilemeyen tikleri ve küfürlü konuşması nedeni ile hayatının büyük bir kısmını sosyal hayattan uzak geçirmişti. 90 yaşını aştıktan sonra, ölmeden önce dahi küfürlü konuşması devam ediyordu (3-5). 1884'te Gilles de la Tourette'nin, Charcot'un araştırma ekibine katılması sonrası birlikte, içinde Markizi'nin de olduğu bir takım hareket bozukluğu olan hastalar ile sınıflandırma çalışmaları yaptıkları sırada, Gilles de la Tourette *maladie des tics cotnulsifs (kompulsif tikler hastalığı)* adını verdiği klinik durumu izole etti (3-5). Charcot bu kliniğin bir isim hak edecek özelliklere yeterince sahip olduğunu düşünerek '*Gilles de la Tourette Sendromu*' olarak isimlendirilmesini önerdi ve sendrom 1885 yılında tanımlanmış oldu (3-6). TS süreklilik gösteren, ani, hızlı, istemli, yineleyici ve ritmik olmayan motor ve vokal tiklerle karakterizedir (7). Tikler basit ve kompleks tikler olarak ikiye ayrılır. Basit tikler boğaz temizleme, havlama, burun çekme gibi ani, kısa süreli, anlamsız, istemsiz hareket ve seslerdir. Kompleks tikler ise küfür etme, palilali, ekolali gibi daha yavaş ve uzun süreli, stereotipik, anlamlı sözler şeklindedir (8). Etnik köken ve kültürel fark ayırt etmeksizin benzer özellikler gösterir (3). Sendrom ile birlikte Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) eştanıları sıktır (9). Etiyolojide genetik üzerine yoğun çalışmalar yapılmış olmasına rağmen halen kesinleşmiş kalıtsal aktarım gösterilememiştir. Daha çok nörotransmitter dengesizliği üzerine yoğunlaşmaktadır. Histopatolojik incelemeler ve nörogörüntüleme çalışmaları ile motor ve somatosensöriyel kortiko-striato-thalamokortikal döngü ve limbik sistemle ilgili fonksiyon bozukluğunun patogeneizde önemli olduğu görülmüştür (2,8). Gebelik döneminde maruz kalınan fiziksel ve psikolojik stres, sigara ve alkol tüketimi, doğum sırasındaki travma ve düşük APGAR skoru, doğum sonrası dönemde yüksek ısıli ortamda bulunma, anabolik steroidlere maruziyet, kokain ve psikostimülanlar ve yineleyen streptokok enfeksiyonlarının TS gelişiminde önemli olabileceği bildirilmiştir (2,8,10,11). Tedavisi hem tiklere hem de eşlik eden psikopatolojilere göre şekillenmektedir. Basit tiklerde yalnızca davranışçı terapiler yeterli olabilmekte iken kompleks tiklerde ise farmakolojik tedaviler de gerekmektedir. Farmakolojik

olarak ise özellikle basit tiklerde klonidin ve guanfasin gibi  $\alpha_2$ -adrenerejik agonistler kullanılabilir (8,13). Yine bu aşamada baklofen, levetirasetam, klonazepam, topiramamat gibi ajanlar kullanılabileceği bildirilmiştir (8,13-16). Nörogörüntüleme çalışmalarında patoloji saptanan alanlarda dopaminerjik aktivitede bozukluk tespit edilmesi ile nöroleptiklere yönelim sonrası tipik ve atipik antipskotikler tedavide denenmiş ve başarılı sonuçlar alınmıştır. Tipik antipskotiklerden özellikle haloperidol ve pimozid, atipiklerden ise risperidon, olanzapin, ziprasidon, ketiapin, aripiprazol kullanılabileceği bildirilmiştir (17-23). Botulinum toksini fokal tiklerde etkili olabilir. Ciddi, tedaviye dirençli TS'de derin beyin stimülasyonu faydalı olabilir (8). Bu olguda literatür bilgileri ışığında erişkin yaşta TS tanısı ile izlenen bir hastanın tartışılması amaçlanmıştır.

## Olgu

Polikliniğimize eşi ile başvuran otuz üç yaşındaki evli, bir çocuk babası, üniversite mezunu, erkek hastanın uzun zamandır olan vokal ve motor tikler ve küfürlü konuşma şikayetlerine son zamanlarda eklenen unutkanlık ve dalgınlık şikayetleri mevcuttu. Bu şikayetler doğrultusunda ayrıntılı anamnez alınan hastanın çocukluğundan itibaren olan burun çekme, tükürme, yerli yersiz küfürlü konuşmaları olduğu öğrenildi. Hastamız ailesinde başarılı insanların fazla olduğu ve bu durumun kendisinde travmaya yol açtığını düşündüğünü söyledi. 'Benden beklentileri arttı, bu da beni strese soktu.' diye ifade eden hastanın üniversite sınavındaki başarısızlığı sonrası babasının hastamızı dede ve babaannesinin yanına, küçük bir köye gönderdiği ifade edildi. Sayılarla olan takıntılı düşüncelerinin ilk olarak o zaman başladığını belirtti. Dindar bir aileden geldiğini ve aşırı dini uğraşları olduğunu söyledi.

Onbeş yaşındayken derslere konsantre olamadığı için ilk doktor başvurusunu yaptığını ifade etti. Adını hatırlayamadığı bir ilaç kullandığını söyleyen hasta tedaviden fayda görmediğini belirtti. Üniversiteye başlaması sonrası göğüste sıkışma, çarpıntı şikayetleri ile sık acil servis başvuruları olmuş. 'Çok evhamlanıyordum, ataklar arttıkça dersler zor geldi.' diye belirtti. Bu sırada eğitimini şehir dışında aldığını, sıkıntılarının artması üzerine eğitimini yarıda bırakıp ailesinin yanına geldiğini söyledi. Hekim başvurusu sonrası olanzapin, sitalopram ilaçlarını 3 yıl kullanımı olduğu öğrenilen hasta bu tedavi ile kendini iyi hissettiğini belirtti. Kendini takip eden hekimin görev yeri değişikliği olması üzerine başka bir hekime başvurmadığını ve 1,5 yıl kadar ilaçsız bir dönemi olduğunu ifade etti. Evlilik ile ilgili planlar yaptığında sıkıntılarının tekrar başladığını hisseden hasta evlilik sonrası da şikayetlerinin aynı şekilde devam ettiğini ifade etti. 'Her şey istediğim gibi olsun istiyordum. Eşimin erken doğum yapması, çocuğumun sağlık sorunları yaşaması nedeniyle aşırı stres altında kaldım.' diye belirtti. Bu dönemde ayrıca yakın çevresi tarafından daha öncesinde olmayan, tekrar-

layan bazı yüz hareketleri fark edildiğini söyledi. Eşi ile yapılan görüşmede ise; çok sinirli, titiz, takıntılı düşüncelerinin olduğu ve bu nedenle sık sık tartıştıkları ve bir süre ayrı yaşadıkları öğrenildi.

Soygeçmişinde babaanne ve babada obsesyonel davranışların olduğu belirtildi. Ruhsal durum muayenesinde duygudurumu hafif irritabl ve çökkün olan hastanın eşlik eden depresif özellikleri ve düşünce içeriğinde şüphe, simetri, bulaş obsesyonları dikkat çekti. Dışa vuran davranışlarında zaman zaman burun çekmelerinin ve omuz atmalarının olduğu görüldü. Fizik muayene ve laboratuvar değerlerinde patolojik bulgu edinilmeyen hastanın EEG ve Kranial MR incelemesi doğaldı.

#### Klinik Seyir

Yapılan psikiyatrik görüşme ve psikolojik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre TS, OKB ve Major Depresif Bozukluk tanıları ile risperidon 1 mg/gün ve essitalopram 10 mg/gün tedavisi başlanan hastanın antidepressan ilaç dozu kademeli olarak 20mg/gün'e çıkıldı. Eş zamanlı olarak Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile obsesyonları, tikleri ve aile ilişkileri üzerinde duruldu. İlerleyen dönemde kontrollerinde obsesyonel düşüncelerde gerileme oldu, tükürme ve boğaz temizlemesinin ara sıra devam ettiği, aile ilişkilerinin düzeldiği izlendi. Son poliklinik muayenesinde cinsel disfonksiyon şikâyeti belirten hastanın risperidon tedavisi kesilip aripiprazol 5 mg/gün tedavisi başlandı. Bu tedaviden de olumlu sonuç alan hasta halen poliklinik takipleri ile izlenmektedir.

#### Tartışma

TS erken yaşlarda başlayan basit tiklerden, oldukça karmaşık tiklere kadar değişiklik gösteren klinik görünümü sahip bir bozukluktur. Olguların çoğunda başlangıç 11 yaşın altındadır ve genellikle motor tikler ile başlar. Tikler başlangıçta çoğunlukla yüz kasları ile sınırlı olduğu için en başlarda atlanabilmektedir. Motor tikler uzun bir süreye kadar tek semptom olabilir. Zamanla hareketler omuzları ve kolları da tutabilir. İlerleyen zamanlarda bu tabloya ekspirasyon ile birlikte oluşan anlamsız laringeal hırıltılar da eklenebilir. Sonrasında laringeal hırıltılar organize olarak anlaşılır söz ve tümcelere, hastalığın patognomonik bulgusu olan vokal tiklere(koprolali) dönüşebilir (3). Tikler sürekli aynı bölgede olmayabilir ve şiddeti günlük psikososyal stres, anksiyete, duygulanım, heyecan ve yorgunluk gibi faktörlerden de etkilenerek artıp azalabilir (5). Kısmen baskılanabilir ve baskılanma sonrası içsel bir rahatsızlık hissi, sonrasında tik patlaması gelişebilir (8,24). En sık görülen eş tanılu ruhsal bozukluk çocuklarda DEHB iken, erişkinlerde daha çok OKB'dir (5,25,26). Hastamız bu yönüyle ele alındığında ergenlik döneminde olan konsantrasyon problemi DEHB olabileceğini göstermektedir. Şu an 33 yaşında olan hastanın OKB tanısının olması da literatürle uyumlu görünmektedir. Duygu durum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve madde kullanım bo-

zukluğu eşlik eden diğer bozukluklardır. Bu bozukluklarla birlikte düşük aile desteği, olası sosyal izolasyon, tik şiddeti ve kronik rahatsızlıklar da prognozu etkileyerek gidişatı kötüleştirebilir (5). Bu yüzden TS tedavisi ile birlikte eşlik eden bozuklukların tanı ve tedavisi de önemlidir. Bugüne kadar olan çalışmalarda daha çok ergen ve çocuklardaki TS üzerinde durulmuş olup, erişkin dönemdeki TS tanı ve tedavi konusundaki bilgiler sınırlıdır. Tedavide daha çok antipsikotikler tercih edilmektedir. Pimozid ve haloperidol gibi tipik antipsikotiklere ek olarak ikinci kuşak antipsikotiklerin yararlı olduğu bildirilmiştir (3,8,22,27). Risperidonun sık görülen yan etkilerinden biri cinsel disfonksiyonun hastamızda görülmesi sonrası aripiprazole geçilmiştir. Aripiprazol ile de vokal ve motor tiklerde rahatlama olması alan yazınla uyumludur. Hastamıza eş zamanlı olarak BDT uygulanmış olup, özellikle OKB belirtilerinde düzelme izlenmiştir. Aynı zamanda stres tiklerin tetikleyicisi olabilmektedir ve uygulanan BDT stresin azalmasını sağlayarak hastanın kliniğine olumlu katkı sağlamış olabilir. Eşlik eden komorbiditeler için uygulanan SSRI tedavisi de başarı sağlamıştır.

Olguların %30-40'ı ergenliğin geç dönemlerinde tam iyileşme gösterirken, %30'unda belirtilerde belirgin azalma olur ve %30'unda ise erişkin dönemde de belirtilerin devamlılığı görülür (28). Erişkin dönemde takibe aldığımız bu olgumuzun bildirimini literatüre katkı sağlaması açısından önemli görmekteyiz.

#### Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E (Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
2. Ünal D, Akdemir D. Tourette Sendromunun Nörobiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2016;27(4):275-85.
3. Enoch D, Ball H. İlginç Psikiyatrik Sendromlar. (Çev. Büyükkal B). IX: Bölüm, 2013; s.273. Okuyan Us Yayınları İstanbul.
4. Newman S. J.-M. G. Itard's 1825 study: movement and the science of the human mind. Hist Psychiatry 2010; 21:67-78.
5. Hesapçioğlu ST. Çocuk ve Ergenlerde Tik Bozuklukları: Klinik ve Etiyolojik Bir Bakış. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2012; 25:358-367.
6. Charcot, J.M. (1884) Ritorma Med, 1,184.
7. Singer HS Current issues in Tourette Syndrome. Mov Disord. 2000;15:1051-1063.
8. Özbek SE, Çelebi Ö, Saka E. Tik Bozuklukları, Tourette Sendromu ve Tedavi. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics. 2015;8(2):51-6.
9. Sabuncuoğlu O, Ekinci Ö, Ölçer S, İsmail N, Berkem M. Kabakulak Meningoensefaliti Sonrasında Gelişen Tourette Sendromu: Bir Olgu Sunumu. Klinik Psikiyatri. 2005;8:197-200
10. Fahn S, Jankovic J. Principles and practice of movement disorders. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2007. p.1-652.
11. Wolf SS, Jones DW, Knable MB, Gorey JG, Lee KS, Hyde TM, et al. Tourette syndrome: prediction of phenotypic variation in monozygotic twins by caudate nucleus D2 receptor binding. Science. 1996;273(5279):1225-7.
12. Pringsheim T, Doja A, Gorman D, McKinlay D, Day L, Billingshurst L, et al. Canadian guidelines for the evidence-based treatment of tic disorders: pharmacotherapy. Can J Psychiatry. 2012;57(3):133-43.
13. Singer HS, Wendlandt J, Krieger M, Giuliano J. Baclofen treatment in Tourette syndrome: a double-blind, placebo-controlled, crossover

- trial. *Neurology*. 2001;56(5):599-604.
14. Awaad Y, Michon AM, Minarik S. Use of levetiracetam to treat tics in children and adolescents with Tourette syndrome. *Mov Disord*. 2005;20(6):714-8.
  15. Gonce M, Barbeau A. Seven cases of Gilles de la tourette's syndrome: partial relief with clonazepam: a pilot study. *Can J Neurol Sci*. 1977;4(4):279-83.
  16. Abuzzahab FS, Brown VL. Control of Tourette's syndrome with topiramate. *Am J Psychiatry*. 2001;158(6):968.
  17. Bruggeman R, van der Linden C, Buitelaar JK, Gericke GS, Hawkrige SM, Temlett JA. Risperidone versus pimozide in Tourette's disorder: a comparative double-blind parallelgroup study. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(1):50-6.
  18. Dion Y, Annable L, Sandor P, Chouinard G. Risperidone in the treatment of tourette syndrome: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22(1):31-9.
  19. Stephens RJ, Bassel C, Sandor P. Olanzapine in the treatment of aggression and tics in children with Tourette's syndrome-a pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004;14(2): 255-66.
  20. Lim LK, Shin SY. Risperidone versus Haloperidol in the treatment of children with Tourette's Syndrome and chronic motor or vocal tic disorder in Korea. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2006;16:5527.
  21. Gaffney GR, Perry PJ, Lund BC, Bever-Stille KA, Arndt S, Kuperman S. Risperidone versus clonidine in the treatment of children and adolescents with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(3):330-6.
  22. Şengül CB, Şengül C. Aripiprazol Tedavisine Yanıt Veren Bir Tourette Bozukluğu Olgusu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010;23:66-68.
  23. Başgöl ŞS, Arpacı B, Çöpür M. Tedaviye Dirençli Tourette Sendromunda Yüksek Doz Risperidon Bir Seçenek midir? *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46: 206-8.
  24. Kurlan K, Lichter D, Hewitt D. Sensory tics in Tourette's syndrome. *Neurology*. 1989;39(5):731-4.
  25. Rickards H. Republished review: Tourette's syndrome and other tic disorders. *Postgrad Med J*. 2011; 87:142-149.
  26. Simpson HA, Jung L, Murphy TK. Update on attention-deficit/hyperactivity disorder and tic disorders: a review of the current literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2011; 13:351-356.
  27. Çöpür M, Arpacı B, Başgöl S. Is High Dose Risperidone an Option for Treatment Resistant Tourette Syndrome? *Archives of Neuropsychiatry*. 2009; 46: 206-8
  28. Robertson MM, Stern JS. The Gilles de la Tourette Syndrome. *Crit Rev Neurobiol*. 1997; 11:1-19.