

■ Revues générales

Tics de l'enfant : quand s'inquiéter ?

RÉSUMÉ : Les tics sont les mouvements anormaux les plus fréquents chez l'enfant (entre 3 et 15 % des enfants et adolescents, selon les critères appliqués), plus fréquents chez les garçons que chez les filles et souvent présents dans les antécédents familiaux. Ils sont le plus souvent bénins, disparaissant rapidement (moins d'une année), témoins d'une phase de développement cérébral renvoyant à des étapes à la fois cognitives et affectives. Cependant, ces tics transitoires peuvent se chroniciser (plus d'une année) et aboutir parfois à la mise en place d'un syndrome de Gilles de la Tourette, entité clinique floue qui peut être très handicapante dans ses répercussions sociales, scolaires et affectives. C'est pourquoi le pédiatre et le médecin généraliste doivent connaître les principaux repères cliniques pour effectuer un diagnostic de tics bénins ou chroniques et proposer une prise en charge adaptée.



C. JOUSSEME

Pôle universitaire, Fondation Vallée,
GENTILLY.

■ Définitions

Un tic est un mouvement (tic moteur) ou une vocalisation (tic vocal) brutal, brusque, rapide, correspondant à la contraction involontaire, répétitive mais non rythmique d'un ou plusieurs muscles. Les tics touchent toutes les populations dans le monde. Ces mouvements ou vocalisations sont donc bien involontaires (à l'inverse des stéréotypies de l'enfant autiste par exemple) et restent imprévisibles la plupart du temps, même si certains ressentis anticipatoires peuvent exister (ressenti comme l'émergence d'un "besoin", parfois avec besoin de bouger). Ils peuvent parfois

être brièvement contrôlés par la volonté, mais au prix d'un stress très important qui provoque le plus souvent une explosion secondaire par sèves.

Les tics se déclenchent généralement entre 4 et 8 ans et évoluent de façon fluctuante, avec souvent des changements de type de mouvement ou de vocalisation (polymorphisme), des périodes d'accalmie ou de recrudescence (plusieurs accès au cours de la journée, presque tous les jours). Ils sont sensibles à différentes situations (**tableau I**).

On distingue dans chaque catégorie **des tics simples** (brefs) et **des tics complexes**

Sont aggravés par :	Sont diminués par :
- Le stress, par exemple des interactions sociales difficiles - Le moment de récupération après le stress - La colère - Les émotions fortes - Certaines circonstances : par exemple passer sur une scène de théâtre ou pendant une interrogation scolaire au tableau - L'angoisse - L'interdiction de les pratiquer - Les excitants	- Le sommeil (ils peuvent perdurer dans certains stades) - La concentration sur une activité (lecture, jeux vidéo, scolarité, jeux de construction, etc.) - Des activités calmes et investies - Le plaisir sexuel - L'alcool, le cannabis (risque addictif) - La relaxation - La <i>mindfulness</i>

Tableau I : Différentes situations auxquelles les tics sont sensibles.

Revue générale

Tics moteurs simples	Tics moteurs complexes
● Clignements des yeux ● Rejet de la tête en avant ou en arrière	● Topographie plutôt proximale ● Balancer les épaules, le tronc ● Secouer la tête d'avant en arrière ou de haut en bas ● Toucher un objet ● Taper un objet ou une personne ● Sauter ● Échopraxie (imitation de geste des autres) ● Gestes obscènes (bras d'honneur, etc.) ● Grimaces ● Léchage des lèvres
Tics vocaux simples	Tics vocaux complexes
● Cris ● Racllement de gorge ● Grognement	● Répétition d'un mot monosyllabique ● Blocage du flux de parole ● Écholalie (répétition des mots des autres) ● Palilalie (sortie d'une phrase à soi non appropriée) ● Coprolalie (hurlement de mots obscènes : propos sexuels, religieux ou à propos d'émission d'urine ou de selles, etc.)

Tableau II : Différentes formes de tics.

(qui ressemblent à des séquences comportementales ou vocales habituelles, plus ou moins élaborées mais inappropriées au contexte, trop brusques, répétées et sans but précis). Le **tableau II** résume les différentes formes de tics.

Le syndrome de Gilles de la Tourette (ou maladie de Gilles de la Tourette)

Il touche 0,5 à 3 % des enfants selon les études [1], 0,1 à 1 % de la population générale [2] et presque 10 fois plus les garçons que les filles. Comme les tics chroniques, il associe, en l'absence de cause identifiable, des tics moteurs multiples et un ou plusieurs tics vocaux ne survenant pas obligatoirement de façon simultanée [3]. Les accès sont multiples au cours de la journée, presque tous les jours ou de façon intermittente, pendant plus d'une année, sans intervalle libre de tic de 3 mois consécutifs [4].

Les tics sont variables en termes de localisation, de fréquence, de nombre, mais aussi en termes de complexité et de gravité. Les patients peuvent présenter des automutilations (se frapper, se cogner, se planter un couteau dans une partie du corps sans mettre en jeu le pronostic vital, attaquer sa dentition en serrant les

dents, se mordre les lèvres, se gratter au sang, etc.) qui correspondent à une forme extrême de tics et restent très liées à des troubles associés (TOC, TDHA, etc.).

Ce qui caractérise le syndrome et en fait la gravité particulière [5] est la présence fréquente de troubles neuropsychologiques plus ou moins invalidants associés, représentant ainsi un véritable "spectre" de troubles [6] :

- le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDHA) 21 à 90 % des patients alors que, dans la population générale, seulement 3 à 6 % des enfants sont touchés [7] ;
- les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) 60 % des patients ;
- une composante anxieuse de fond, avec des épisodes aigus possibles (type "attaques de panique") ;
- parfois, des troubles des conduites.

On peut noter que la prévalence double chez les enfants présentant des difficultés scolaires (7,8 % contre 3,1 %) [8]. Souvent, la gravité est maximale entre 8 et 12 ans et, après une décroissance, dans 50 % des cas, les tics disparaissent à l'âge adulte. Les troubles associés peuvent alors perdurer. Cette maladie est particulièrement mal vécue, entraînant une baisse importante de la qualité de vie de l'enfant et de sa famille (parents,

fratrie) qu'il faut combattre rapidement en mettant en place une prise en charge multidisciplinaire dès le diagnostic.

Diagnostic différentiel

Il doit être porté en prenant en compte d'éventuels antécédents familiaux de mouvements anormaux (**tableau III**).

Étiopathogénie

On ne connaît pas la cause des tics, qu'ils soient simples, complexes, bénins, chroniques ou s'intégrant dans un syndrome de Gilles de la Tourette. Dans ce dernier cas, une susceptibilité génétique impliquant des mécanismes polygéniques codant pour des protéines liées à la croissance embryonnaire des axones et des dendrites [9] pourrait être en cause. Il semble également que la présence d'infections streptococciques à répétition favorise une réponse immunitaire anormale [7], participant à l'éclosion de la maladie.

De ces différentes problématiques découlent des dysfonctionnements impliquant différents neuromédiateurs (dopamine, adrénaline, neurones GABAergiques) [10] à travers :

- un dysfonctionnement des noyaux gris centraux (striatum ventral, pallidum, thalamus) ;
- une hypoactivité de certaines zones corticales (orbito-frontale, cingulaires, insulaires) ;
- un hypermétabolisme d'autres zones corticales (cortex sensorimoteur, cortex prémoteur latéral).

L'imagerie cérébrale fonctionnelle confirme ces dysfonctionnements du système frontostriatal, lieu des acquisitions des automatismes moteurs et des régulations des comportements (portion gérant les circuits moteurs et prémoteurs en particulier). Le même système est impliqué dans les TOC, mais les dysfonctionnements touchent plus particulièrement d'autres portions.

Diagnostics différentiels	Sémiologie	Examens à pratiquer
Épilepsie Myoclonies	● Crise localisée à un chef musculaire ● Mouvements palpébraux au cours d'absences	● EEG ● Monitoring vidéo EEG
Stéréotypies TED/TSA, déficit mental Schizophrénie	● Volontaire ● Début plus précoce (2 ans) ● La plupart du temps ne change pas de type ● Topographie plutôt distale (mains, avant-bras) ● Pas de coprolalie ● Pas de langage ou langage non communicatif ● Autres symptômes psychiatriques	● Bilan en lien avec les doutes cliniques
Tics secondaires d'origine neurologiques : post-infectieux (encéphalites, chorée de Sydenham), toxique (intoxication CO), tumeur cérébrale, traumatisme cérébral, maladies neurodégénératives Traitements médicamenteux avec tics tardifs : amphétamines, méthylphénidate, lévodopa, cocaïne, carbamazépine, antipsychotiques et autres antagonistes dopaminergiques, etc. Tics secondaires à des affections héréditaires : dystonies, maladie de Huntington, maladie de Wilson, affections métaboliques, affections chromosomiques (syndrome de Down, Klinefelter, X fragile), etc.	● Début avant 3 ans ● Non polymorphe ● Pas d'évolution fluctuante ● Aggravation rapide ● Association avec d'autres troubles moteurs ● Non suppressible par la volonté	● Sérologies ● Ponction lombaire et analyse LCR ● IRM

Tableau III : Diagnostics différentiels.

■ Prise en charge

Quand il s'agit de tics bénins, il faut rassurer les parents, généralement aussi les grands-parents et les enseignants, mais également l'enfant. Il est très important de bien expliquer la nature involontaire du symptôme et son lien au stress. Ainsi, toute interdiction ou punition du tic aggravent son évolution et doivent donc être proscrites.

Il est important que les parents dédramatisent les troubles qui, s'ils sont bénins, cessent rapidement. Ils doivent aider l'enfant à se décontracter, à mieux assumer les situations sociales qui l'inquiètent et à ne pas perdre espoir. Si les parents ne parviennent pas à tenir cette posture ou si l'enfant n'y réagit pas, il est important que le pédiatre propose un soutien psychologique. Parfois, devant des tics qui provoquent une désocialisation de l'enfant, une thérapie comportementale peut aider à avancer, sans trop de troubles de l'estime de soi. Il faut aussi évaluer le retentissement sur l'intégration scolaire et sur les apprentissages afin de proposer des aides ciblées

(soutien scolaire, aménagements dans la classe, etc.).

Il est fondamental de ne pas traiter sur un plan médicamenteux dans un premier temps. Il faut par contre revoir régulièrement l'enfant et ses parents pour suivre le symptôme, dépister d'éventuels troubles associés et observer l'évolution dans le temps.

Le traitement médicamenteux doit être réservé aux tics chroniques avec des troubles associés, mais surtout au syndrome de Gilles de la Tourette modéré ou sévère. Il faut alors proposer le traitement qui prend en compte le trouble le plus important :

- tics : clonidine (agoniste $\alpha 2$ -adrénergique) ; à partir de 18 ans, on peut utiliser l'aripiprazole ou hors AMM avant 18 ans ; clonazépam (agoniste GABAergique) ;
- TDHA : méthylphénidate ;
- troubles des conduites : rispéridone ;
- TOC : sertraline.

Si la maladie s'aggrave et résiste à toute forme de traitement, certains envisagent

chez le grand adolescent un traitement par stimulation cérébrale profonde à haute fréquence des territoires associativo-limbiques au sein du thalamus ou du pallidum [11]. Ces techniques prometteuses, confirmant les hypothèses physiopathologiques mettant en cause ces circuits, réduisent de 100 % les automutilations et de 70 % les tics. Dans tous les cas, l'approche des patients et des parents doit être multidisciplinaire (neurologue, pédopsychiatre, psychologue, travailleur social, hypnothérapeute, moniteur sportif, relaxation et pleine conscience, etc.).

Il est aussi important que les parents et les jeunes puissent se tenir informés et partager avec d'autres familles touchées par le syndrome.

Centres de référence :
www.orpha.net

www.france-tourette.org

Réseau européen : essts.org

Revue générale

POINTS FORTS

- Les tics sont des mouvements (tics moteurs) ou des vocalisations (tics vocaux) brusques et explosifs, simples ou complexes, involontaires, mais parfois jugulables un temps par la volonté. Ils sont fréquents chez l'enfant à partir de 4 ans.
- Ils sont la plupart du temps bénins et cessent en moins d'une année, témoins d'un développement cérébral en cours. Ils peuvent se chroniciser et s'intégrer dans un syndrome de Gilles de la Tourette, pathologie invalidante qui persiste dans la moitié des cas à l'âge adulte sous une forme plus ou moins sévère.
- Le traitement des tics bénins, après qu'un diagnostic différentiel a été évoqué, s'appuie sur une guidance parentale, une réassurance, une dédramatisation et une observation de l'évolution. Le pédiatre peut mener ce temps de prise en charge.
- Si les tics continuent leur évolution au-delà d'une année, si des troubles associés se développent, un suivi multidisciplinaire doit être mis en place.
- Les traitements médicamenteux doivent être réservés aux tics chroniques invalidants.
- Il est important d'orienter les parents vers des associations et un centre de référence pour qu'ils puissent obtenir les meilleures informations, trouver les meilleurs interlocuteurs dans les prises en charge et partager avec d'autres familles.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of psychiatry*. Washington, DC: 5th ed. Rev; 2013.
2. SCHARF JM, MILLER LL, GAUVIN CA *et al*. Population prevalence of Tourette syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord*, 2015; 30:221-228.
3. DE LA TOURETTE G. Études sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice et accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Arch Neurol*, 1885;9:19-42.
4. ROBERTSON MM, EAPEN V, CAVANNA AER. The international prevalence, epidemiology, and clinical phenomenology of Tourette syndrome: a cross-cultural perspective. *J Psychosom Res*, 2009; 67: 475-483.
5. JANCOVIC J. Tourette syndrome: Phenomenology and classification of tics. *Neurol Clin*, 1997;15:267-275.
6. PHILIPS KA. The obsessive-compulsive spectrums. *Psychiatr Clin North Am*, 2002;25:791-809.
7. ROBERTSON MM. Tourette syndrome associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, 2000;123:425-462.
8. KURLAN R, McDERMOTT MP, DEELEY C *et al*. Prevalence of tics in school-children and association with placement in special education. *Neurology*, 2001; 57:1383-1388.
9. ALBIN RL, MINK JW. Recent advances in Tourette syndrome research. *Trends Neurosci*, 2006;29:175-182.
10. GERARD E, PETERSON BS. Developmental processes and brain imaging studies in Tourette syndrome. *J Psychosom Res*, 2003;55:13-22.
11. HOUETO JL, KARACHI C, MALLET L *et al*. Tourette's disorder and deep brain stimulation. *J Neurosurg Psychiatry*, 2005;76:992-995.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.