

# Masturbační projevy v časném dětství a jejich diferenciální diagnostika

MUDr. Iva Příhodová, MUDr. Lydie Koumarová

Neurologická klinika, UK v Praze, 1. LF a VFN, Praha

Masturbace je u malých dětí poměrně častá, má své typické projevy s překřížováním dolních končetin, rytmickými pohyby pánve, zvukovým doprovodem a pocením. Protože nedochází k přímé manipulaci s oblastí genitálií, mohou být masturbační projevy mylně hodnoceny jako epileptické záchvaty, paroxysmální dyskineze nebo abdominální bolesti. Správné rozpoznání příznaků může dítě ušetřit náročného vyšetřování a neindikované léčby (např. antiepileptiky). Autorky uvádějí dvě kazuistiky s typickými projevy dětské masturbace.

**Klíčová slova:** masturbace, dětský věk, paroxysmální dyskineze, epilepsie.

## Masturbation in infancy and early childhood and its differential diagnosis

Masturbation in young children is relatively common being typically manifested by leg crossing, rhythmic pelvic movements, accompanying noises, and sweating. Since there is no direct manipulation of the genitalia, signs of masturbation can be mistakenly interpreted as epileptic seizures, paroxysmal dyskinesia, or abdominal pain. Correct recognition of symptoms can spare the child from undergoing complicated examination procedures and unindicated treatment (e. g., antiepileptics). The authors report two cases with typical manifestations of childhood masturbation.

**Key words:** infantile masturbation, paroxysmal dyskinesia, seizures.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(2): 112–113

## Úvod

Masturbace je považována za normální projev lidského sexuálního chování nejen v dospělosti, ale i v dětském věku (1). Masturbační projevy začínají nezdědka již v kojeneckém období, byly dokonce zaznamenány i u plodu (2). Maximum výskytu je kolem 4. roce, po 7. roce dochází k jejich ústupu až do období puberty. Ačkoliv jsou tyto projevy v dětském věku normální, nebývají často rodiči a lékaři správně rozpoznány, zejména proto, že chybí přímá manipulace s genitálem (3). U malých dětí se během masturbace mohou objevovat neobvyklé pozice a pohyby, které někdy vedou k mylné diagnóze epileptických záchvatů, paroxysmálních dyskinezí nebo bolestí břicha. Může docházet k nadbytečnému a invazivnímu vyšetřování dítěte a k neindikované léčbě antiepileptiky nebo jinými léky.

## Kazuistika 1

K neurologickému vyšetření byla dětskou lékařkou odeslána 2,5letá dívka s negativní rodinnou anamnézou, s pozitivní perinatální anamnézou (lehký časný asfyktický syndrom) a normálním psychomotorickým vývojem. Od 1 roku věku se během dne objevovaly stavy, kdy náhle pokrčila pravou dolní končetinu v kyčli a v kolenu, levou naopak propnula do špičky. Ruce někdy držela zatáté v pěst. Pokud se stav objevil vsedě, byla schopná zůstat sedět a opírala se o zatáté horní končetiny. Častěji si ale lehla, někdy zaklápěla hlavu dozadu, obvykle se zvýšeně potila na hlavě.

Rozhodně nebyla patrná porucha vědomí, plně matku vnímala a komunikovala s ní. Trvání tohoto stavu bylo různě dlouhé – až půl hodiny. Matka se snažila dívku zaměstnat, oslovit, vyzvat, aby zakopala nohama, a stav poté obvykle odezněl. Pokud se matka snažila dítěti pohnout nohama, měla pocit, že jsou ztuhlé. Někdy se stavy objevovaly při usínání, častěji ale během dne bez zjevného podnětu, nikdy k nim nedošlo při chůzi. Vyskytovaly se několikrát za den, většinou několik dní za sebou, pak byla dívka obvykle nejméně měsíc bez potíží. Před začátkem těchto stavů byla někdy zvýšeně unavená nebo předcházela větší fyzická aktivita. Neurologický nálezn byl zcela normální. Bylo provedeno elektroencefalografické (EEG) vyšetření s lehce abnormním nálezem pro zmnožení pomalých vln nad zadními kvadranty. Matka byla instruována, aby stavy, jakmile se objeví, nahrála na videokameru a přišla s dítětem k vyšetření. Na základě anamnézy byl vysloven předpoklad, že by se mohlo jednat o některý typ paroxysmální dyskineze. Za dva měsíce přišla dívka opět pro několikadenní výskyt potíží. Během vyšetření dítě opakovaně zaujímalu polohu na levém boku, s pokrčenou pravou a nataženou levou dolní končetinou, kde bylo akčně patrné až dystonické postavení (obrázek 1), objevovaly se rytmické pohyby pánve. Byla zcela při vědomí, komunikovala, byla zpocená. Pohybovou aktivitou a zaměstnáním dítěte bylo možné tento stav přerušit a dívka byla schopná normálního stoje a chůze. Poté během několika minut opět zaujala uvedenou pozici.

EEG natočené v průběhu těchto projevů bylo zcela normální. Vzhledem ke klinickému obrazu typické polohy a možnosti normálního pohybu byly stavy hodnoceny jako masturbační projevy. Psychologické vyšetření bylo bez nápadností.

## Kazuistika 2

Jedenáctiměsíční dívka měla negativní rodinnou anamnézu a pozitivní perinatální anamnézu (porod sekcí pro hrozící hypoxii, nekříšena). Byla sledována ortopedem pro varozitu nožek.

Psychomotorický vývoj byl normální, lezla, stoupala si u opory. Asi měsíc rodiče pozorovali stavy, kdy napínala dolní končetiny, překřížovala je přes sebe, někdy současně propínala trup, obvykle také zrudnula a zpotila se. Výskyt těchto projevů nezávisel na situaci, objevovaly se vleže, při cho-

**Obrázek 1.** První kazuistika. Patrná typická poloha na boku, s přitíštěním stehna, propnutím levé a pokrčením pravé dolní končetiny



**Obrázek 2.** Druhá kazuistika. Překřížování dolních končetin se stáčením pravé nohy dovnitř a protažením levé dolní končetiny



**Obrázek 3.** Druhá kazuistika. Výskyt stavů v dětské židličce, stáčení pravé nohy směrem dovnitř, zarudnutí v obličejí



vání v náručí, v dětské židličce (obrázek 2, 3). Stav trval vždy několik minut a vyskytoval se několikrát za den. Dětská lékařka dítě odeslala k neurologickému vyšetření pro podezření na epileptické záchvaty. Během neurologického vyšetření byly zachyceny typické masturbační polohy na dolních končetinách, s vokalizací, zrudnutím v obličejí a opocením. Na EEG byl normální záznam.

## Diskuze

Masturbace je v časném věku normální součástí vývoje dítěte, které prozkoumává části svého těla a objevuje příjemné pocity spojené se stimulací genitálu (podobným sebeuspokojováním je také cumláni prstů nebo rytmické pohyby těla). Vyskytuje se již u kojenců (od 2. měsíce), má tendenci ustupovat po 4. roce věku a častěji je pozorováno u dívek (1).

Masturbační projevy mají v časném dětském věku odlišný charakter. Nedochozí obvykle k přímé manipulaci s genitálem, ale objevují se charakteristické pozice, které vyvolávají tlak na suprapubickou nebo pubickou oblast, jako je přitíštění stehén, jejich tření o sebe, překřížování dolních končetin. Součástí projevů je kolébání se, rytmické pohyby pánví, tichý zvukový doprovod, nepravidelné dýchání, zarudnutí v obličejí a pocení (3). Někdy mají děti zahleděný, nepřítomný pohled, mohou se objevovat i záškuby končetin. Stav

mají stereotypní průběh a trvají minuty až několik hodin. Jejich výskyt je variabilní – několikrát denně až po sporadické epizody. Častěji se objevují v období nudy, zvýšené únavy, při rozrušení nebo úzkosti, při usínání. Poměrně často je popisován výskyt v autosedačce (4). Vědomí je zachováno a stavy se dají přerušit odvedením pozornosti. Některé děti reagují na vyrušení mrzutostí.

Tyto projevy mohou vzbuzovat znepokojení rodičů i dětských lékařů. Na rozdíl od našich kazuistik někdy vedou k rozsáhlému neurologickému a internímu vyšetření dítěte. Mohou připomínat dystonii a dyskineze, stejně jako u naší první pacientky. Odlišení mezi skupinou paroxysmálních dyskinezií a masturbačním chováním může být někdy obtížné (5, 6). Paroxysmální dyskineze se projevují epizodami mimovolních pohybů, nejčastěji charakteru choreatických dyskinez a dystonie, mají různé trvání (od několika minut až po hodiny) a různou frekvenci výskytu. Jsou podmíněny geneticky, pravděpodobně změnami na úrovni iontových kanálů. Kinezigenní paroxysmální dyskineze jsou provokovány pohybem, a to náhlým, neplánovaným pohybem nebo začátkem volního pohybu. Nekinezigenní dyskineze se nejčastěji vyskytují bez zřejmého spouštěcího momentu, někdy k jejich výskytu přispívá únava, stres, kofein či alkohol (7). Epizody paroxysmální dyskineze mohou připomínat masturbační projevy asymetrickým postižením končetin, vyskytují se někdy již v kojeneckém věku a rovněž mají různé dlouhé trvání. Nejdůležitějším rozlišovacím znakem pro masturbační projevy je schopnost dítěte bez potíží změnit zaujatou polohu. Yang a kol. popisují soubor 12 dětí, které byly všechny poslány pro podezření na paroxysmální nekinezigenní dyskinezi, byly extenzivně vyšetřovány a léčeny řadou antiepileptik a léků ovlivňujících dystonii (levodopa, anticholinergika, baclofen). Vyšetření zahrnovala v některých případech nejen krevní odběry, EEG, ale i odběr mozkomíšního moku, MRI mozku a svalovou biopsii (6).

Také rozlišení od epilepsie může být někdy problematické. Nepřítomný, zahleděný výraz, addukční polohy dolních končetin, kroutivé pohyby horních končetin nebo i záškuby mohou připomínat epileptický záchvat. V souboru britských autorů Nechay a kol. bylo 69% dětí s masturbací odesláno k vyšetření pro podezření na epilepsii (4).

Jsou popsány i případy velmi podrobného vyšetření uropoetického a zažívacího traktu, protože masturbace byla zaměněna za břišní koliky (3). Podle studie Nechay a kol. trvalo stanovení správné diagnózy v průměru 16 měsíců (s rozmezím 1 měsíce až 5 let) (4).

Pro správné zařazení stavů je nepostradatelná videodokumentace, neboť podle anamnézy nelze

spolehlivě rozlišit, zda se nejedná o epileptické záchvaty nebo paroxysmální dyskinezi. Velmi může pomoci domácí videonahrávka. V případě diagnostických nejasností je indikována k odlišení od epileptických záchvatů video EEG monitorace.

Při diagnóze infantilní masturbace je nutné vyloučit sexuální zneužívání, dráždění perinea zánětem při vulvovaginitidě, infekci močových cest nebo dermatitidě. Perineální dráždění může zvyšovat masturbační projevy. Nutné je proto vyšetření zevního genitálu a vyloučení těchto příčin. Nejen současná, ale i předchozí onemocnění v oblasti urogenitální mohou být spouštěcím faktorem masturbace.

Rodičům je potřeba vysvětlit podstatu projevů a zdůraznit, že se jedná o normální chování a prozkoumávání částí těla a že tyto projevy mají tendenci vymizet s věkem. Trestry nebo násilné přerušování chování dítěte mohou projevy ještě posilovat nebo vést k pocitům provinění a studu. Doporučuje se proto odvést nenásilně pozornost dítěte k jiným aktivitám a hračkám, staršímu dítěti je možné vysvětlovat, že takové chování je již v jeho věku nevhodné.

## Závěr

Spektrum příznaků masturbace u malých dětí zahrnuje různé polohy a pohyby s mechanickým tlakem na perineum. Mohou být mylně hodnoceny jako epileptické záchvaty, epizody paroxysmální dyskineze nebo břišní koliky. Správné rozpoznání těchto projevů dětským lékařem může ušetřit dítě dalšího vyšetřování a někdy i zbytečné léčby.

Podpořeno VZ – MSM0021620849.

## Literatura

1. Leung AK, Robson WL. Childhood masturbation. Clin Pediatr (Phila) 1993; 32: 238–241.
2. Meizner I. Sonographic observation of in utero fetal „masturbation“. J Ultrasound Med 1987; 6: 111.
3. Fleisher DR, Morrison A. Masturbation mimicking abdominal pain or seizures in young girls. J Pediatr 1990; 116: 810–814.
4. Nechay A, Ross LM, Stephenson JBP, O'Regan M. Gratification disorders („infantile masturbation“): a review. Arch Dis Child 2004; 89: 225–226.
5. Mink JW, Neil JJ. Masturbation mimicking paroxysmal dystonia or dyskinesia in a young girl. Mov Disord 1995; 10: 518–520.
6. Yang ML, Fullwood EF, Goldstein J, Mink JW. Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature. Pediatrics 2005; 116: 1427–1432.
7. Kaňovský P, Roth J. Vzácné dyskinetické syndromy. In: Růžička E a kol. Dyskinetické syndromy a onemocnění. Praha: Galén 2002: 199–206.

## MUDr. Iva Přihodová

Neurologická klinika, UK 1. LF a VFN  
Kateřinská 30, 128 08 Praha 2  
iprih@lf1.cuni.cz