

Rizikovými faktory pro rozvoj LSS kromě věku je i obezita, kouření, vrozeně úzký páteřní kanál, opakované přetěžování bederní páteře (zejména v práci) a genetická predispozice, což jsou současně i rizikové faktory pro chronické bolesti dolní části zad (Bagley et al., 2019; Battié et al., 2014).

LSS je z hlediska socioekonomického závažné onemocnění, protože výrazně omezuje mobilitu lidí vyššího věku, ovlivňuje běžné denní aktivity těchto pacientů, je spojena s chronickou bolestí, a tím výrazně zhoršuje kvalitu života. Rovněž postupně stoupají počty operací provedených pro tuto diagnózu a LSS se stává nejčastější indikací k operaci bederní páteře, což představuje i výraznou finanční zátěž zejména u operací, které jsou spojené s instrumentací.

Cílem tohoto článku je shrnout současný pohled na klinický obraz a diagnostiku onemocnění a nastínit strategii léčby těchto pacientů.

Klinická manifestace LSS

Etiopatogeneticky je klinická manifestace LSS podmíněna zmenšením prostoru pro nervové a cévní struktury v bederní páteři, přičemž dochází k přímé mechanické kompresi lumbosakrálních kořenů degenerativními změnami bederní páteře spojené s chronickým zánětem, ke kompresi nervových struktur při venózní kongesci a dále ke zhoršenému cévnímu zásobení lumbosakrálních kořenů při kompresi cévních struktur (arteriální i venózní komprese vede k ischemii kořenů kaudy equiny a hromadění metabolitů v kaudě). Klinický obraz LSS bývá pestrý, což může znesnadnit diagnózu klinického syndromu LSS. Manifestace LSS zahrnuje neurogenní klaudikace, radikulární syndrom, dále mohou být přítomny bolesti dolní části zad nebo se může rozvinout syndrom kaudy equiny. Často se uvedené projevy LSS u jednoho pacienta navzájem kombinují. Charakter klinické manifestace LSS závisí zejména na anatomické lokalizaci stenózy; centrální stenóza bývá spojena s neurogenními klaudikacemi a event. i syndromem kaudy equiny, stenóza laterálního recesu nebo foraminální stenóza bývá příčinou radikulárního syndromu (Suri et al., 2010). Bolesti dolní části zad u pacientů s LSS jsou projevem degenerativních změn bederní páteře a okolních struktur.

Neurogenní klaudikace jsou pro LSS patognomické. Vyznačují se bolestí nebo jiným dyskomfortem (senzitivní příznaky, slabost), který se šíří do hýždí nebo dolních končetin. Vznikají typicky ve vzpřímené poloze (rozvoj po určité době stání či chůze). Stav je zhoršován záklonem, naopak předklon, leh a sed pacientům přináší úlevu a postupné vymizení potíží do několika minut. Větší potíže způsobuje nemocným chůze z kopce (při které dojde k retroflexi a dalšímu zúžení páteřního kanálu) než chůze do kopce. Jízda na kole zpravidla nečiní potíže. Někteří nemocní zaujmají typický úlevový postoj v předklonu se semiflexí v kolenou. Pacienti při chůzi preferují pomůcky jako nákupní vozík (shopping cart sign), o který se mohou v předklonu opřít. U pacientů s LSS se setkáváme i se sfinkterovými potížemi (poruchy močení a inkontinence stolice), které bývají provázeny i sexuální dysfunkcí, tyto potíže mohou být reverzibilní v rámci neurogenních klaudikací, nebo trvalé při syndromu kaudy equiny.

Neurologický nález u pacientů s LSS bývá rovněž variabilní, a to od zcela normálního neurologického nálezu na DK (dolní končetiny) po přítomnost trvalých paréz či poruch citlivosti v kořenové distribuci až po syndrom kaudy equiny (projev vícekořenového postižení s postižením i sakrálních kořenů S3–S5). Neurologický deficit na dolních končetinách se u LSS většinou vyvíjí pomalu a postupně, vzácněji může dojít k náhlé dekompenzaci. Napínací manévry bývají spíše negativní, výrazně bývá omezena extenze bederní páteře, flexe bederní páteře může být relativně volná.

Diagnostika

Pro stanovení diagnózy klinického syndromu LSS je nutné splnit dvě podmínky. První podmínkou je charakteristická klinická manifestace LSS (byla popsána výše) a druhou podmínkou je průkaz radiologické (na zobrazovacích vyšetření) nebo anatomické (při operaci) LSS (Suri et al., 2010).

Při diagnostice LSS je velmi důležitá anamnéza a klinické vyšetření. Byla provedena analýza nejčastějších jednoduchých anamnestických kritérií využívaných v diagnostice LSS a na základě konsenzu expertů definováno sedm nejpřínosnějších kritérií. Mezi tato kri-

teria, která jsou nejpřínosnější pro klinickou diagnostiku LSS, patří:

1. bolesti v DK či hýždí při chůzi,
2. úleva symptomů předklonem,
3. úleva symptomů na kole nebo při použití nákupního košíku,
4. motorické nebo senzitivní potíže při chůzi,
5. normální a symetrické pulzace na DK,
6. oslabení DK,
7. bolesti dolní části zad.

Pokud pacient splňuje šest z těchto kritérií, tak je 80% jistota, že se jedná o klinický syndrom LSS (Tomkins-Lane et al., 2016).

Pacienti s LSS udávají často bolesti, které je vhodné kvantifikovat. Kvantifikace bolestí nám dává představu o subjektivní tíži bolestí, může nám pomoci při rozhodování o volbě terapeutického postupu a při hodnocení efektu léčby. Vzhledem k tomu, že u těchto pacientů bývají bolesti závislé na poloze, je vhodné hodnotit bolesti ve vzpřímené poloze (při chůzi a stání) i mimo vzpřímenou polohu (vsedě a vleže). Vhodné je také odděleně zjišťovat úroveň bolesti v dolních končetinách a v zádech. Pro kvantifikaci bolesti můžeme použít vizuální analogovou škálu bolesti (VAS), která umožňuje vyjádřit bolest graficky. Dále lze použít 11bodovou numerickou škálu intenzity bolesti (pain intensity numerical rating scale, PI-NRS), kdy pacient verbálně hodnotí svou bolest číslem od 0 do 10.

Oswestry dotazník (Oswestry Disability Index – ODI) hodnotí omezení běžných denních aktivit bolestí dolní části zad, kvantifikuje tedy subjektivní potíže pacienta a vyjadřuje míru disability (Fairbank et al., 1980). Dotazník obsahuje celkem deset otázek, a to otázky na fyzickou disability (schopnost sedět, stát, chůze a zvedání břemen), posuzuje i sociální handicap (společenský život, cestování, osobní péče, sexuální život) a hodnotí rovněž spánek a bolest. Míra disability se vyjadřuje v procentech a může nabývat hodnot 0 až 100 %. V naší práci jsme prokázali přínos tohoto dotazníku u pacientů s LSS při posouzení jejich disability (Mičanková Adamová et al., 2012).

Pokud nejsou anamnestické údaje o klaudikacích spolehlivé, je vhodné otestovat ušlou vzdálenost a důvody jejího zkrácení na pohyblivém chodníku („treadmill“). Při tomto vyšetření se mohou rovněž manifestovat reflexologické změny či parézy