

(Porter, 1996). Při hodnocení tohoto testu je nutné si uvědomit, že omezení kapacity chůze může mít řadu jiných příčin (např. dušnost, celková slabost, dehydratace, cévní kaudikace při ischemické chorobě dolních končetin, kloubní bolesti) a že je třeba pečlivé analýzy, aby nedošlo k mylné interpretaci ve smyslu neurogeních kaudikací.

V diagnostice LSS bývá přínosné i elektrofyziologické vyšetření, zejména elektromyografie (EMG) z dolních končetin k průkazu kořenového postižení. Velmi často u pacientů nacházíme vícekořenové postižení. EMG z dolních končetin má také přínos v diferenciální diagnostice LSS, a to při odlišení radikulopatie od jiných neuropatií (zejména polyneuropatie, plexopatie, mononeuropatie) nebo myogenního postižení.

Pro potvrzení radiologické LSS je nejvhodnější provést prosté snímky bederní páteře včetně funkčních (dynamických) snímků (a to v předklonu a záklonu, případně i v úklonu, což umožní hodnocení přítomnosti možné nestability) (Obr. 1a, b) a dále MR bederní páteře. V doporučeních Severoamerické spinální společnosti je uvedeno, že u pacientů s podezřením na LSS je MR bederní páteře doporučena jako nejvhodnější neinvazivní vyšetření k potvrzení anatomického zúžení páteřního kanálu nebo přítomnosti komprese nervových kořenů (síla doporučení B) (Obr. 2a, b) (Kreiner et al., 2013). U těch pacientů, kde je MR kontraindikována nebo neprůkazná, je doporučováno provedení CT myelografie za účelem průkazu zúžení páteřního kanálu nebo komprese nervových kořenů (síla doporučení B). Za situace, kdy jsou MR bederní páteře či CT myelografie kontraindikované či neprůkazné, je doporučeno provedení prostého CT bederní páteře k potvrzení diagnózy (síla doporučení B) (Kreiner et al., 2013). V běžné klinické praxi v našich podmínkách však dáváme za situace, kdy není možno provést MR bederní páteře, přednost prostému CT bederní páteře před CT myelografií, a to pro neinvazivnost vyšetření (Adamová et al., 2015).

Pro hodnocení radiologické stenózy je k dispozici řada parametrů. Tradičně jsou to kvantitativní parametry, které vyjadřují

**Obr. 1.** Dynamické rentgenové snímky bederní páteře u pacienta s LSS a nestabilní ventrolistézou L4 (označeno šipkou); 1a – snímek v předklonu s posunem obratlového těla L4 vůči L5 ventrálně; 1b – snímek v záklonu, kdy dochází k mírnému zmenšení ventrálního posunu obratle L4



**Obr. 2.** MR vyšetření bederní páteře u pacienta s LSS s maximem v etáži L4/5, kde je i podíl ventrolistézy L4 a výrazná hypertrofie ligamenta flava; 2a – T2 zobrazení v sagitální rovině; 2b – T2 zobrazení v transverzální rovině v úrovni maxima stenózy v etáži L4/5



**Tab. 1.** Morfologická (kvalitativní) klasifikace LSS dle Schizas (2010)

Stupeň	Tíže	Podskupiny + morfologický popis	
A	žádná nebo lehká stenóza	A1	kořeny leží dorzálně a zabírají méně než polovinu plochy durálního vaku
		A2	kořeny leží dorzálně, jsou v kontaktu s durou, ale mají podkovovitou distribuci
		A3	kořeny leží dorzálně a zabírají více než polovinu plochy durálního vaku
		A4	kořeny jsou lokalizovány centrálně v durálním vaku a zabírají většinu plochy durálního vaku
B	střední stenóza	kořeny zabírají celý durální vak, ale lze je odlišit, je patrný mozkomíšní mok v durálním vaku	
C	těžká stenóza	nelze odlišit jednotlivé kořeny, není patrný mozkomíšní mok v durálním vaku, je přítomen epidurální tuk dorzálně	
D	extrémní stenóza	nelze odlišit jednotlivé kořeny, chybí epidurální tuk dorzálně	