

**Tab. 2.** Přehled základních radiologických parametrů, které byly vytypovány jako minimální standard pro strukturovaný radiologický nálezu u pacientů s LSS (převzato z práce Andreisek et al., 2014)

Typ stenózy	Typ parametru	Parametr	Literární odkaz
Centrální stenóza	kvantitativní	---	
	kvalitativní	omezení centrálního kanálu <sup>a</sup>	Lurie et al., 2008
		vztah mezi likvorem a vlákny kaudy equiny (Schizasova klasifikace)	Schizas et al., 2010
Stenóza laterálního recesu	kvantitativní	---	
	kvalitativní	komprese nervového kořene v laterálním recesu <sup>b</sup>	Bartynski et Lin, 2003
Foraminální stenóza	kvantitativní	---	
	kvalitativní	útlak nervového kořene ve foramen <sup>b</sup>	Pfirrmann et al., 2004
		omezení foramen <sup>a</sup>	Lurie et al., 2008

<sup>a</sup>Na základě tíže omezení jsou definovány tyto stupně:

- bez stenózy
- lehká stenóza – omezení normální velikosti o méně než 1/3
- střední stenóza – omezení normální velikosti o více než 1/3 a méně než 2/3
- těžká stenóza – omezení normální velikosti o více než 2/3

<sup>b</sup>škála má 4 stupně podle tíže útlaku

**Tab. 3.** Zhodnocení tíže lumbální spinální stenózy

Parametr	Hodnota	Body
Oswestry dotazník (0–100 %)	0–40 %	1
	41–60 %	2
	61–100 %	3
Bolest (0–10)	0–3	1
	4–6	2
	7–10	3
Ušlá vzdálenost (m)	0–20 m	3
	21–200 m	2
	> 201 m	1

Lehká stenóza 3–4 body, střední stenóza 5–7 bodů, těžká stenóza 8–9 bodů

doporučení volby terapeutického postupu u pacientů s LSS.

Nejprve je nutno zhodnotit klinickou tíži LSS, a to podle tří parametrů:

1. průměrná intenzita bolesti stanovená pomocí numerické škály bolesti,
2. disabilita stanovená pomocí Oswestry dotazníku,
3. ušlá vzdálenost do vzniku neurogeních klaudikací hodnocená na mechanickém chodníku (Tab. 3) (Mičanková Adamová et Voháňka, 2013).

Následně lze pro volbu terapie využít algoritmus, který je znázorněn na obrázku 4. Neúspěch konzervativní terapie doporučujeme hodnotit po 3–6 měsících. Pacienty s LSS je vhodné pravidelně sledovat (z vlastní zkušenosti se jeví dostatečné kontroly s odstupem 6 měsíců, pokud dojde k výraznějšímu zhoršení stavu, tak je indikována kontrola dříve) a terapeutický postup přehodnocovat (Adamová et Voháňka, 2015).

Konzervativní léčba u pacientů s LSS by měla být multimodální a určená na míru pro daného pacienta. Konkrétní volba léčebných modalit by měla vycházet z toho, jaké potíže u pacienta dominují a jakou léčbu nejlépe toleruje. U pacientů s neurogenními klaudikacemi je doporučován multimodální rehabilitační přístup, který zahrnuje kombinaci edukace, úpravy životního stylu (omezení sedavého způsobu života, redukce hmotnosti u obézních pacientů), manuální terapie a pravidelné cvičení (cvičení doma i pod odborným dohledem, posilovací i protahovací cviky, jízda na kole, chůze na treadmillu) (střední kvalita důkazu), dále je možné zkusit SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) nebo tricyklická antidepresiva (velmi nízká kvalita důkazu). U pacientů s neurogenními klaudikacemi se nedoporučuje užívání nesteroidních antirevmatik, paracetamolu, opioidů, vitamínu B<sub>12</sub>, kalcitoninu, svalových relaxancií, gabapentinu,

pregabalínu a epidurálních steroidních injekcí (Bussiéres et al., 2021). Pokud však pacienti s LSS mají bolesti dolní části zad nebo radikulární bolesti, tak se využívá konzervativní léčba zaměřená na zmírnění těchto bolestí, a to analgetika (nesteroidní antirevmatika event. i opioidy, obojí pokud možno na co nejkratší dobu), edukace, multimodální rehabilitace (cvičení, ale i kognitivně-behaviorální trénink, manuální terapie), nošení bederního pásu, epidurální injekce (kaudální, interlaminární nebo transforaminální přístup, podání lokálního anestetika nebo lokálního anestetika s kortikoidem) (Bagley et al., 2019; Wong et al., 2017; Khorami et al., 2021; Kreiner et al., 2013; Liu et al., 2015; Helm et al., 2021).

O operační léčbě LSS bude více pojednáno v následujícím článku.

## Závěr

LSS je časté poddiagnostikované onemocnění vyššího věku, které vede k omezení mobility starších pacientů. Pro stanovení diagnózy je vždy nutná korelace klinických nálezů s průkazem zúženého páteřního kanálu v bederní oblasti. Klinická manifestace zahrnuje bolesti dolní části zad, neurogenní klaudikace, lumbosakrální radikulární syndrom, eventuálně syndrom kaudy equiny. Diagnostika a terapie pacientů s LSS je multidisciplinární záležitost. Názory na strategii léčby u těchto pacientů jsou stále nejednotné. Vždy je nutné zhodnotit tíži klinického postižení a přihlídnout ke komorbiditám pacienta, jeho očekávání od léčby a léčebným preferencím. U pacientů s lehkou formou LSS volíme konzervativní postup. U pacientů se střední formou LSS doporučujeme v první fázi konzervativní postup, při jeho neúspěchu (zhruba po 3–6 měsících) a progresi potíží pak zvažujeme operační léčbu. Operační řešení je také indikováno u pacientů s těžkou formou LSS a dále u těch pacientů, kde se rozvinul syndrom kaudy equiny či jsou přítomny progredující parézy. U pacientů vyššího věku s četnými komorbiditami se přikláníme ke konzervativnímu postupu. Konzervativní léčba by měla být multimodální a určená na míru pro daného pacienta.

Práce byla podpořena projektem institucionální podpory FN Brno MZ ČR – RVO (FNBr – 65269705).