

(Lurie et Lane, 2016), existuje celá řada nevyřešených nebo problematických momentů:

1. Přestože většina radiologických vyšetření u pacientů ve vyšší věkové kategorii vykazuje určitý stupeň degenerativního poškození bederní páteře, přesná incidence klinicky symptomatické bederní stenózy zůstává neznámá. Na této neznalosti se podílí kromě jiného také komorbidita v této věkové skupině, kdy mohou příznaky bederní stenózy kolidovat například se symptomy vycházejícími z ischemického poškození dolních končetin, s potížemi souvisejícími s obecně nedobrou stavem kyčlí, kolen a pohybového aparátu obecně nebo s projevy polyneuropatie.

2. Základem pro stanovení diagnózy bederní stenózy je subjektivní a klinický nále. Morfologický nále stenotických poměrů v bederní páteři nebo dokonce přítomnost neurální komprese můžeme potvrdit i u osob asymptomatických nebo v lokalizacích, které nekoreluje s klinickým nálezem symptomatického pacienta.

3. Vzhledem k tomu, že velká část symptomů vedoucích k zahájení léčby spočívá v oblasti subjektivních potíží pacienta, jsou kvantifikace a porovnání terapeutických výsledků obtížné a měly by být hodnoceny v kontextu bio-psycho-sociálního pohledu na vertebrogenní problematiku.

4. Neexistuje konsenzus ohledně optimálního léčebného postupu a během rozhodovacího procesu dominuje empirický přístup. Nejednotný přístup tak nalezneme v rovině interdisciplinární a s odlišnostmi se setkáme v porovnání pracovišť jednotlivých oborů. Léčebné výsledky se logicky musí lišit a faktické stanovení evidence based strategie je obtížné.

Indikace konkrétního léčebného postupu je tedy záležitostí přísně individuální. Individualizace operačního výkonu u konkrétního pacienta by měla reflektovat klinický nále, celkový zdravotní stav pacienta zahrnující kromě jiného schopnost podstoupit rozsáhlejší chirurgický výkon. Důležité je dále zhodnocení kvality kostí, zohlednění somatotypu člověka a očekávané pooperační fyzické zátěže. Indikující chirurg musí být schopen spolehlivě interpretovat radiologické výstupy. Filozofie moderní páteřní chirurgie není jen

obsáhnutím lokálního nálezu, tedy přesným popisem stenózy (jaká část průběhu nervové struktury je komprimována a v jakém rozsahu bederní páteře). V úvahu jsou brány také parametry regionální zahrnující charakteristiku bederní lordózy, přítomnost dynamické instability a lumbopelvickej parametry. Do indikační rozvahy však pronikly také parametry globální rovnováhy trupu v sagitální i koronární rovině. Páteřní chirurg tak nemůže být tím, kdo „pouze“ dekomprimuje kritický úsek páteře. Ve jménu dlouhodobého efektu operace a možnosti pooperačního zapojení pacienta do co možná nejšířšího spektra fyzických aktivit je zapotřebí, aby svými znalostmi a zkušenostmi rutinně zvládal techniky páteřní instrumentace a aby obsáhl principy léčby páteřních deformit. Následující text není systematickým zmapováním problematiky bederní stenózy z pohledu chirurga. Jedná se o zdůraznění momentů souvisejících se sekundární bederní stenózou, které se v současné době jeví jako relevantní.

Koho operovat

Zcela jistě platí pravidlo, podle kterého bychom těžší formy operovat měli (Obr. 1), lehčí potom spíše k operaci neindikujeme. U středně těžkých stenóz můžeme primárně

zkusit konzervativní přístup, pokud se kýžený terapeutický efekt nedostaví, zvážíme operaci (Obr. 2). Hodnocení stupně postižení vychází z konkrétního klinického nálezu. Vzhledem k obecně nízké korelaci mezi závažností klinického stavu a stupněm redukce anatomických prostor v radiologickém nález je zhodnocení morfologického obrazu pouze sekundární informací vedoucí k upřesnění rozsahu a typu operace.

Další otázkou a kontroverzí zůstává náplň termínu „těžká forma stenózy“, indikovaná k operaci. V obecné rovině se jedná o těžce tolerované až netolerovatelné symptomy zahrnující bolest v bederní krajině, vystřelující ostré a intenzivní bolesti v jedné nebo obou dolních končetinách, případně progresivní slábnutí dolních končetin a klaudikační obtíže. Mohou se přidružit také poruchy ovládnutí sfinkterů. V takovýchto případech bychom s indikací k operaci neměli váhat.

Problematické však je, co sám pacient vnímá jako těžce tolerované příznaky. Tělesně aktivní jedinec, pro kterého je fyzický výkon (včetně fyzického výkonu v průběhu profesní zátěže) důležitou součástí života, posunuje tuto hranici podstatně níže než pacient, většinou vyššího věku, kterému postačí ke spokojenosti aktivity vedoucí k naplnění jeho základních

Obr. 1. Morfologický nále těsné stenózy v segmentech L3/4 a L4/5 byl učiněn u pacienta s intenzivními bolestmi v bederní oblasti, neurogenními klaudikacemi po 50 m chůze a oboustranným senzitivně-motorickým deficitem L5; tíže klinického stavu a korelující morfologický nále vedly k indikaci chirurgické intervence

