

pooperační prognóza, stejně jako popsané histopatologické změny, podle nich souvisí s chronickou ischemizací kořenů (Yang et al., 2013). K dalším nepříznivým prediktorům chirurgického zákroku patří přítomnost sekundární stenózy v terénu degenerativní skoliózy. Skolióza představovala ve vybraných studiích nález, kvůli kterému pacienti pooperačně vykazovali horší subjektivní výstup ve srovnání se sekundární stenózou bez přítomnosti deformity páteře (Simotas et al., 2000; Adamová et al., 2015).

Elektrofyzilogické vyšetření není rutiním u pacienta se stenózou bederní páteře, patří však do širšího spektra předoperačních vyšetření. Klíčovým diagnostickým cílem je odlišit polyneuropatii od příznaků způsobených stenotickým terénem bederní páteře. V souvislosti s predikcí pooperačního vývoje se jako ukazatel neuspokojivého výsledku operace jeví EMG nález pluriradikulárního postižení a průměrná amplituda H-reflexu snímaného z m. soleus < 2,8 mV (Micankova Adamova et al., 2012; Adamova et al., 2015).

Z klinických parametrů vyšetřovaných v souvislosti s pooperační prognózou nebyl označen jediný, který by predikoval lepší či horší operační výsledek. Jednoznačně je ale za faktor vedoucí k horším výsledkům léčby chirurgické (ale i nechirurgické) považována přítomnost depresivního syndromu a psychiatrická komorbidita obecně (Nechanicka et al., 2016). Stále však trvá potřeba studií dokumentujících jak dlouhodobý přirozený průběh onemocnění, tak průběh pooperační.

Chirurgická léčba

V případě pacientů, u kterých nezaznamenáme zlepšení během konzervativní léčby nebo kteří mají závažné, obtížně tolerovatelné příznaky a morfologickou korespondující kompresi nervových struktur, je obecným doporučením chirurgický zákrok. Systematický přehled literatury ukázal, že odložení operace po dobu konzervativní léčby není spojeno s horším chirurgickým výsledkem a že operace je účinnější než pokračující konzervativní léčba, když konzervativní možnosti selhaly po období tří až šesti měsíců (Kovacs et al., 2011).

Existuje množství chirurgických přístupů k dekomprese LSS. Tyto zahrnují v obecné ro-

vině dekomprese přímou a nepřímou. Přímá dekomprese si klade za cíl odstranit veškeré tkáně, které komprimují durální struktury. Historicky nejdéle prověřenou je otevřená cesta dekomprese laminektomií nebo hemilaminektomií (Jansson et al., 2003; Gibson et Waddell, 2005). Komplikace spojené s tímto přístupem (Stromqvist et al., 2012) později vedly k navržení méně invazivních operačních technik, jakými jsou jednostranné nebo oboustranné laminotomie, split laminoplastiky či oboustranné undercutting dekomprese z jednostranného přístupu (Aryanpur et Ducker, 1988; Spetzger et al., 1997). V současnosti se v programech spondylochirurgických pracovišť stále častěji setkáváme s postupy minimálně invazivními, vedenými pod mikroskopickou vizualizací, nebo přístupy endoskopickými. Právě v této oblasti lze v blízké budoucnosti očekávat rozvoj. Samotná přímá dekomprese by u velké části pacientů měla být dostačující strategií a případná stabilizace se většinou nedoporučuje (Machado et al., 2015). Zcela jednoznačně tato strategie platí u pacientů vyšších věkových kategorií, u morfologického nálezu nízkého pohybového segmentu, u ankylotického pohybového segmentu a v případě pacientů s nižšími hodnotami BMI a nízkým stupněm očekávané fyzické zátěže.

V případech preexistující nestability, nutnosti rozsáhlé dekomprese, která tuto instabilitu způsobí, u pacientů oběžných či těžce pracujících obvykle pomýšlíme na stabilizační operační výkon s výslednou segmentální fúzí. Dalším důvodem pro užití vnitřní fixace s cílem dosažení fúze je princip nepřímé dekomprese nervových struktur. Ta spočívá v dekompresi za použití distrakce a fixaci páteře v obnoveném postavení asistovaném spinálními instrumentačními systémy. V souvislosti s instrumentovanými výkony v bederní páteři však podle dosud provedených analýz musíme nést v paměti riziko vyšší míry reoperací, pooperačních komplikací a za rozvahu stojí také vyšší náklady doprovázející instrumentované operace. V případě stabilizačních výkonů dále musíme brát v potaz vyšší krevní ztráty a delší pooperační hospitalizaci (Katz et al., 1997; Deyo et al., 2013). V současné době nejsou k dispozici doporučení založená na důkazech, která

by určovala, jak postupovat za specifických klinických situací nebo u konkrétní kategorie pacientů. Jediný možný tak zůstává individuální přístup stanovený na základě anatomické lokalizace stenózy, počtu postižených segmentů a přítomnosti abnormálního anatomického nálezu nebo nestability a deformity. Zásadní je chirurgova zkušenost a dokonalé zvládnutí operační techniky. Jen operátor ovládající plné spektrum chirurgických výkonů dokáže pacientovi doporučit vhodný typ intervence, kriticky zváží všechna úskalí, výkon provede bezpečně a v přijatelném operačním čase.

Dosud bylo publikováno několik randomizovaných studií s cílem porovnat účinnost chirurgické dekomprese s konzervativní léčbou. Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) je studií největší, která porovnávala standardní dekompresní laminektomií s neoperačním řešením u pacientů s LSS bez spondylolistézy. Interpretace této studie byla poněkud zatemněna vysokou mírou změny léčebné taktiky v průběhu sledování. Probandi měli tendenci odstupovat z kontrolní konzervativně vedené skupiny do kohorty operované, nicméně v analýze skutečné léčby („as treated analysis“) byl zjištěn léčebný efekt mluvící ve prospěch chirurgického zákroku. Operace vedla ke snížení intenzity bolesti. Navíc pacienti léčení chirurgicky popisovali vedle snížení intenzity bolesti také zlepšení funkce po dvou letech (Weinstein et al., 2008). Po dalších čtyřech letech autoři publikovali údaje o pokračujícím zlepšení bolesti a funkce u operovaných (Pearson et al., 2012).

Závěr

Cílem každé operace je uvolnit stlačené nervové elementy a poskytnout tak symptomatickou úlevu. Současně by cílem operace mělo být zpomalit další proces degenerace páteře, nedestabilizovat páteř a dekompresní operací nespustit rozvoj páteřní deformity. Vzhledem k tomu, že v současnosti neprobíhají velké klinické studie a rozvoj chirurgických technik je vpravdě explozivní, zůstává rozhodnutí o konkrétním operačním postupu zodpovědností toho kterého chirurga. Ten svá rozhodnutí opírá o dosažené medicínské vzdělání a zkušenosti. Základem poctivého a zodpovědného přístupu k problematice tak musí být kontinuální vzdělávání a soustavná práce.