

# Bolesti zad a operační léčba

V posledních desetiletích byl při posuzování bolestí zad a hodnocení klinického obrazu kladen velký důraz na objektivní nález vyhrězlé meziobratlové plotny. V lidové mluvě toto spojení natolik zdomácnělo, že jsme mohli z úst pacientů často slyšet: „To bude asi ta plotýnka.“

Moderní medicína prošla za toto období bouřlivým vývojem a hledáním nejvhodnějších a nejšetrnějších způsobů léčby, v široké škále postupů konzervativních až po radikální zákroky operativní. Operativní postupy se pak postupně vyvíjely a zdokonalovaly od rozsáhlých výkonů americké ortopedické školy, přes vynětí poškozené plotny s následnou fúzí obratlových těl pomocí vlastní kostní tkáně nebo umělých materiálů. Toto pevné spojení obratlů obvykle nebylo provázeno výrazným omezením hybnosti páteře, neboť funkci fixovaného segmentu při kvalitní rehabilitaci záhy převzaly segmenty sousední. Častým důsledkem jejich přetěžování však byly pokračující degenerativní změny zachovaných plotének, včetně odpovídajících klinických obtíží.

### Revoluční změnu v operativním přístupu

při řešení poškozené meziobratlové ploténky přinesly především nejnovější technologie diskoplastiky, umožňující její náhradu endoprotézou. Jejich konstrukce totiž přirozenou hybnost páteře téměř neomezí, funkce plotny je zachována a je tak minimalizováno i riziko přetížení sousedních segmentů se současným rozvojem degenerativních změn. První zkušenosti s operacemi tohoto druhu u nás se datují od roku 2001, přičemž největší soubor takto léčených pacientů má neurochirurgické oddělení Nemocnice Na Homolce. Drtivou většinu indikací k operativnímu řešení, vedle těžkých degenerativních změn a patologických fraktur osteoporotických obratlů, však představují především výhrězy meziobratlové plotny, tedy situace, kdy se její měkký vnitřní obsah provalí okolním prstencem a dráždí přilehlé nervové kořeny. Bolest v kříži se pak typickým způsobem šíří do dolních končetin a bývá provázena mravenčením nebo snížením citlivosti příslušné oblasti. V některých případech může být bolest v kříži zcela vytlačena do pozadí a v popředí příznaků dominuje právě jen bolest šířící se dolní končetinou. Volba mezi postupem konzervativním a radikálním neurochirurgickým bývá v těchto případech mnohdy velmi obtížná.

### Ve prospěch konzervativního postupu hovoří především tyto skutečnosti:

- Téměř polovina populace má klinicky „němý“ výhrěz

jsou v dlouhodobém horizontu ne vždy uspokojivé výsledky operační léčby, druhým důvodem je praktická zkušenost, že většina bolestí v kříži se i bez operačního zákroku na přijatelně dlouhou dobu nakonec konzervativně upraví. Operační zákrok je tedy vyhrazen pro nevelké procento pacientů, u nichž je bolest prokazatelně v příčinné souvislosti s výhrězem meziobratlové plotny. Tak je tomu především v případě, když krutá bolest v kříži typicky se šířící dolní končetinou po dobu zhruba šesti týdnů vzdoruje intenzivní konzervativní terapii, v klinickém obraze přetrvávají výrazně pozitivní napínací manévry (Laseque pod 45 stupňů), objevují se svalové obrny a vyhasínají reflexy příslušné jednotlivým segmentům páteře. Indikaci absolutní pak představuje masivní výhrěz plotny utlačující nervové kořeny konce míchy, tzv. „syndrom kaudy“, vedoucí k poruše funkce svěračů s následnou zástavou nebo inkontinencí moči, omezením citlivosti v okolí konečníku a pohlavních orgánů. Všechny ostatní příznaky je nutné posuzovat přísně individuálně a řídit se klinickým průběhem choroby. Jestliže se stav pacienta zřetelně lepší, operační zákrok není na místě. Rozhodnutí o operačním řešení se musí řídit především podle míry snížení kvality života nemocného a doby trvání obtíží. Protože odolnost vůči bolesti a nároky na kvalitu života jsou zcela individuální & subjektivní, musí se na volbě léčebného postupu, při znalosti všech psychosociálních souvislostí, významně podílet poučený pacient. Pokud je snížení kvality jeho života výrazně větší než přirozený strach z operace, naděje významného dlouhodobého zlepšení je reálná a mozaiku doplňují i výsledky klinických vyšetření, je nutné o radikálním zákroku uvažovat.

**Klíčovou informací je fakt, že výhrěz plotny není choroba, ale jen jedna z komplikací jedné nemoci, a tou je dlouhodobé selhávání páteře jako celku. Tato nemoc je ovšem z principu chirurgicky nedostupná, dostupná je právě jen její komplikace. Z letité ambulantní praxe vyplývá i**

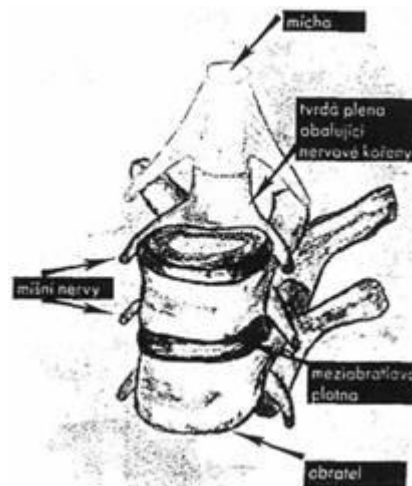
meziobratlové plotny.

- U řady pacientů s CT či NMR prokázaným výhřezem plotny neodpovídá strana výhřezu straně klinických obtíží pacienta.
- U početné skupiny pacientů, u kterých se klinický stav zcela upravil, zůstal nálezný výhřez plotny v obraze CT naprosto stejný jako v období maximálních bolestí a plně rozvinutých klinických příznaků.
- Okamžitý efekt operace není dostatečným důvodem k jejímu upřednostnění před konzervativními postupy, u kterých odpadá riziko pooperačních komplikací.
- Studie provedená s odstupem pěti let od operace výhřezu plotny prokázala, že 1/3 operovaných je lepší než neoperování, 1/3 stejná a 1/3 u konce horší,
- Studie provedená pomocí NMR u pacientů s klinicky se projevujícím výhřezem plotny prokázala, že vyhřezlá část plotny se může za nějaký čas sama upravit a téměř 90% pacientů se během šesti týdnů spontánně uzdraví. Jen 10% pacientů s výhřezem plotny, provázeným klinickými příznaky, je určeno k operačnímu řešení.
- U 10-15% operovaných se postupně objeví dlouhodobý katastrofální stav s vývojem „osobnosti s chronickou bolestí“, který je neřešitelný a je velkým utrpením pro nemocné i lékaře. Vedle konstitučního sklonu k výraznému jízvení je velmi často hlavním problémem osobnostní charakteristika samotného pacienta.
- Nadšení pro operační léčbu zpochybňuje i dlouhodobý výzkum provedený na 280 pacientech H. Weberem z Ullevaal Hospital v Oslo a publikovaný v roce 1983. Ačkoli se zlepšení a ústup bolesti u operovaných pacientů dostavily mnohem rychleji než u pacientů léčených konzervativně, rozdíl mezi nimi se postupem času zcela setřely a při hodnocení provedeném v odstupu čtyř a deseti let již nebylo možné obě skupiny odlišit.

## Indikace k neurochirurgickému zákroku

Navzdory argumentům hovořícím ve prospěch konzervativní léčby je v některých případech plně indikován neurochirurgický zákrok. Jeho volba se však musí bezpodmínečně opírat o pečlivé klinické vyšetření, zhodnocení všech příznaků a psychosociálních souvislostí, přičemž pozitivní CT či NMR by měly mozaiku klinických příznaků s konečnou platností [doplnit]. Nejčastější chybou lékaře proto je sdělení pacientovi, že na operaci musí, přičemž toto tvrzení se opírá především o výsledky zobrazovacích vyšetření. Odpovídající grafický nálezný je sice podmínkou nutnou, nikoli však dostačující, sám o sobě není indikací operačního zákroku. Jinými slovy, zobrazování páteřního kanálu prostřednictvím CT či NMR je metodou sloužící k potvrzení klinického obrazu a komplexní rozvahy lékaře, nikoli metodou první volby, sloužící „k vyloučení“, bez toho, že by se lékař dokonale seznámil s pacientovou životní situací. V ambulantní praxi se občas setkáváme i s důrazně prosazovaným požadavkem pacientů na preventivní odstranění plotny (a to i v situaci, kdy se klinický stav zlepšil), motivovaným snahou zabránit opakování obtíží. Výkony tohoto typu je nutné posuzovat jako východisko z nouze, vyžadující odpovědný

paradoxní zjištění, že nemocní operovaní v dřívějších dobách jsou i po letech v lepším stavu, než je běžné u dnešních operovaných. To je s největší pravděpodobností vysvětlitelné jejich mnohem pečlivějším a užším výběrem, daným mimo jiné i tehdejší nižší kvalitou zobrazovacích metod i obtížnou dostupností neurochirurgických zákroků. Expanze a relativně snadná dostupnost moderních vyšetřovacích technologií CT a NMR i rychlý rozvoj operačních kapacit tak zřejmě, jako vedlejší produkt jinak skvělého pokroku, přináší i nemocné, jejichž páteř neměla být nikdy operována. Přestože jsou tedy výsledky především miniinvasivních operativních postupů více než uspokojivé, neexistuje zákrok, který by při minimálním riziku zaručoval pacientovi stoprocentní efekt. Vždy je proto účelnější aktivně přistupovat k péči o vlastní zdraví a preventivně předcházet rozvoji degenerativních změn páteře, a nikoli se jen pasivně spoléhat na moderní technologie současné medicíny.



# Článek, který mne zaujal

---

průkaz jinak neřešitelné situace. Jedním z důvodů ke zdrženlivosti

autor: MUDr. Jan Hnízdil  
Oddělení psychosomatické rehabilitace a léčby bolesti  
Psychologická klinika, Praha  
Lékařské listy 29/05