

RADIKULÁRNÍ A PSEUDORADIKULÁRNÍ BOLESTI DOLNÍCH KONČETIN – PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI Z DIAGNOSTIKY A LÉČBY

MUDr. Petr Mečír

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Na základě osobních zkušeností článek pojednává o projekčních bolestech do dolních končetin a jejich nejčastějších příčinách s ohledem na radikulární a pseudoradikulární původ. Důraz je kladen na komplexní pohled na pacienta včetně anamnestických údajů, objektivního nálezu a výsledků pomocných vyšetření. Snahou je podat ucelený pohled na nejčastější diferenciálně diagnostické problémy a kombinace klinických obrazů strukturálních a funkčních příčin potíží. Na podkladě osobních zkušeností je podán co možná nejjednodušší algoritmus diagnostiky a léčby kořenových postižení ve vazbě na klasifikaci podle fází postižení s cílem racionálního diagnostického a léčebného postupu. Cílem je jasně definovat indikace k chirurgickému a konzervativnímu řešení, označit nevhodné léčebné postupy a zdůraznit účelné postupy farmakoterapie kořenové bolesti na současném stupni znalosti a dostupnosti léčby neuropatické bolesti.

Klasifikace fází postižení kořenovými potížemi, význam podílu radikulární a pseudoradikulární složky, léčebné a diagnostické postupy vycházejí čistě z vlastních zkušeností autora – neurologa věnujícímu se problematice myoskeletální medicíny. Jako takové nemusejí korespondovat s obecně uznávanými guidelines.

Klíčová slova: bolest radikulární, bolest pseudoradikulární, bolest neuropatická, strukturální porucha, funkční porucha, analgetická léčba.

Med. Pro Praxi 2006; 5: 236–240

Co lékař, to zkušenost s léčbou bolestivých problémů pohybového systému. Snad málokterá léčba podléhá tolika různým léčebným postupům a různým zvyklostem, jako právě léčba bolestí spojených s postižením páteře. Bolesti vystřelující do dolních končetin jsou velmi častým problémem pacientů docházejících k praktickému lékaři. Mají různou intenzitu, charakter, příčinu i průběh v čase. Často jsou příčinou pracovní neschopnosti.

Některé z příčin jsou ryze **funkční** – tedy nemají zjištělný podstatný strukturální podklad ve vyšetření skeletu. Příčinou je většinou chronické přetížení určité svalové partie a svalových úponů, často jedné poloviny těla – díky převaze praváků v populaci většinou poloviny pravé, vadné držení těla. Jejich jedinou racionální metodou léčby je individuálně volená rehabilitace a správná životospráva. Jiné mají jasný **strukturální** podklad – osteoartrótické změny na obratlích, kloubech, změny meziobratlových plotének. **Nejčastější je kombinace obou příčin.**

Nález degenerativních změn na páteři ještě není jasným dokladem o příčinné souvislosti změny s potížemi nemocného. Někdy změny má většina jedinců již ve středním věku. Někdy teprve souhra klinického obrazu, dynamiky průběhu potíží, vyšetření zobrazovacích, případně elektrofyzilogických a laboratorních dává opodstatnění k tvrzení, že příčinou bolesti je ta konkrétní strukturální změna skeletu, resp. páteře.

Odhadnout, která ze dvou výše uvedených složek má rozhodující vliv na potížení pacienta, není vždy zcela jednoduché, je to ale rozhodující pro

úspěšnost léčby, její délku a způsob. Opomenutí léčby jedné z nich vede k chronické dispozici nemocného k recidivám či neustupování potíží.

Při rozboru problematiky konkrétního pacienta je třeba klást si otázky:

- Nemá pacient nějakou vrozenou dispozici k postižení pohybového aparátu? (např. kratší jedna dolní končetina, vrozeně úzký páteřní kanál)
- Nemá pacient nějakou získanou dispozici postižení pohybového aparátu? (např. stav po zlomenině obratle, coxartrózu, úraz s pohmožděním ramene apod.)
- Nemá pacient nějakou neurologickou poruchu v oblasti regulace pohybu a svalového napětí? (např. dětská mozková obrna, st. p. poliomyelitida, spasticitu různého původu, rigiditu u Parkinsonovy nemoci apod.)
- Jak nemocný za svého života přetěžoval hybný aparát? (profese, sporty, koníčky, návyky)
- Nezměnilo se něco zásadně v osobním životě nemocného? (změna profese, životospráva, stresy profesní či v osobním životě).

Obecně platí, že na poruchy vrozené se v rámci plasticity regulací nervového systému pohybový systém adaptuje lépe než na ty, které vznikají v průběhu života. Poruchy, které vzniknou náhle, násilně (úraz, těžká operace, imobilita různého původu, porucha řízení motoriky jako je např. cévní mozková příhoda a jiná neurologická onemocnění spojená s poruchou regulace svalového napětí

a hybnosti) vyžadují často tak zásadní změny regulace pohybových stereotypů, že tyto nejsou co do úspěšnosti řízení pohybového aparátu kvalitní a adaptace je přes veškerou snahu nedostatečná. Pohybový systém je pak neúměrně, nefyziologicky, nesymetricky přetěžovaný. Nutno říci, že i operační zákroky, obecně nevyjímaje operace pohybového aparátu, jsou zásahem do regulací hybného systému.

Zcela zásadním údajem je popis bolesti nemocným. Již z tohoto popisu jsme schopni ve většině případů stanovit správnou diagnózu radikulárního nebo pseudoradikulárního původu bolesti.

Jedná se o bolest nebo pálení, mravenčení, křeče?

Základním projevem dráždění kořene je bolest, v téže lokalizaci se ale může objevovat brnění (parestézie), pálení, případně až bolest líčená jako křeč.

Kde nemocný bolest lokalizuje? Je vždy ve stejném místě, resp. projekci?

Kořenová bolest vystřeluje v typických projekcích – dermatomech a většina pacientů ji dokáže spontánně velmi dobře určit a posléze na končetině dosti přesně ukázat (autodermografie). Bolest nemusí být vnímaná v celém dermatomu, může být jen kořenově (např. S1 v hýždí, stehnu) nebo kdekoliv v průběhu inervační oblasti daného kořene. Pseudoradikulární bolest nebývá tak přesně loka-

lizována, může jít o více dermatomů nebo se dermatomy mění. Čím je autodermografie bolesti přesnější, kompletnější a projekuje-li až po akromiální čítku (do prstů), tím je spíše kořenová. Čím je kořenová bolest chroničtější, tím spíše může mít obrazy podíl pseudoradikulární složky a intenzita se sčítá.

Jak je bolest intenzivní?

Jak radikulární tak pseudoradikulární bolest mohou být různě intenzivní. Parestézii je možno považovat za nižší stupeň bolesti. Důležité je, že pseudoradikulární bolest je jen ve výjimečných případech takového stupně, že invalidizuje. Jinak řečeno, bolest, která vystřeluje v typické kořenové projekci do končetiny a zásadním způsobem omezuje analgetiky její pohyb, je prakticky vždy kořenová.

Co předcházelo v posledních týdnech před rozvojem bolesti?

Zajímá nás nadměrná námaha, atypické, déletrvající statické přetížení, prodělání jiné nemoci. Aktivace vertebrogenních potíží infektem je běžná, nejspíše mechanismem akcentace funkční poruchy přes změny svalstva, jak tomu bývá po chřipce, ale někdy jen prostým prochazením.

Kdy se bolest vyskytuje? V kterou denní dobu, při jaké činnosti, jaká je úlevová poloha? Co bolest provokuje?

Klasická, akutní kořenová bolest často narušuje spánek, je provokována nevědomými pohyby těla během spánku, rotacemi trupu, úlevová poloha se někdy těžko hledá. Někdy dokonce nemocní raději bolest „rozcházejí“. Jak radikulární, tak pseudoradikulární bolest se během dne provokují pohybem. Pokud někdo udává příznak, že bolest „rozpohybuje“, není to patognomické. Často udávaný pozitivní břišní lis u diskopatie též není patognomický. Naopak typickým provokačním momentem kořenových potíží je zvedání nebo přenášení břemen různé hmotnosti a pohyby trupu s významným podílem rotace trupu. Chůze a delší stoj provokují bolesti do DK v souvislosti s listézou bederního obrátle.

Má-li nemocný nutnost zastavovat v chůzi – přítomnost klaudikací, proč tomu tak je?

U ischemické choroby dolních končetin postačuje k úlevě prosté zastavení, u kořenových klaudikací musí dolní končetiny pokrčit, posadit se, dřepnout si.

Již takovou bolest někdy měl?

Říká nám o tom, nakolik je problém chronický. Opakování nebo trvání potíží svědčí pro komplexnější

problém s vyvinutějším patologickým pohybovým stereotypem a vyvinutějšími patologickými řetězci svalových spazmů – tedy významný podíl funkční poruchy.

Co se na léčbu bolesti podávalo?

Léky? Rehabilitace?

Cílem je zjistit, zda byl nemocný léčen komplexně včetně cíleně volené rehabilitace, zda nebyl léčen pouze kaskádou různých analgetik a pracovní neschopností.

Byl již z podobných důvodů v pracovní neschopnosti?

Údaj dokresluje obraz o intenzitě potíží v minulosti a může být podstatný při posudkových šetřeních.

Nejsou přítomné vážné příznaky svědčící pro kompresi více kořenů v bederní oblasti (syndrom kaudy)?

Patří sem mikční poruchy – imperativní mikce či naopak projevy retence moče, oslabení obou dolních končetin, prudké bolesti obou DK, porucha citlivosti perianogenitálně.

Jaké jsou typické příčiny kořenových syndromů?

Protruze nebo herniace meziobratlové ploténky – čím více je propagace hmoty laterálně v kanálu, případně až foraminálně, tím bývá projekční bolest prudší, lépe vykreslená. Čím je mediálněji v kanálu páteřním, tím je větší šance, že se projekce mohou objevit současně či střídavě do té či oné DK. Některé masivnější výhřezy byť v jednom segmentu mohou vyprovokovat projevy ve 2 sousedních kořenech (typicky L5+S1).

Sekvestr ploténky jakožto liberovaná hmota zdegenerovaného meziobratlového disku může cestovat v páteřním kanálu a vyprovokovat problém z kořene např. segmentu sousedního.

Produktivní změny – dorzální, resp. foraminální osteofyty mohou provokovat identické potíže jako výhřezy plotének. Mohou se s výhřezy ve svém výskytu kombinovat. Hypertofické změny ligament (lig. flavum) a meziobratlových kloubů – jen vzácně jsou samostatně příčinou kořenových potíží, ale v kombinaci s výhřezy a osteofyty mohou zhoršovat celkovou situaci. Srůsty – jsou pozánětlivé, ponejvíce však u predisponovaných jedinců jako pooperační jim vlastní vazivová reakce a jsou velmi nevděčné pro další léčbu, zejména pak operační, protože záhy recidivují. Dispozice k nim se u daného pacienta nedá zodpovědně před operací určit. Je tu určitá analogie k tendenci tvorby srůstů po nitrořišních operacích.

Jaké jsou typické projevy kořenových syndromů?

Kořenová bolest vystřeluje zpravidla v přesných dermatomech, které odpovídají obecně známým mapám dermatomů na končetinách. Příznakový komplex závisí na tom, jaké porce kořene jsou postiženy. Iritace senzitivní části vyvolá bolest, parestézii, zánik funkce způsobí hypestézii daného dermatomu někdy i současně s iritačním projevem. Postižení čistě motorické porce kořene je daleko vzácnější, iritace může způsobit křeč, častěji je ale oslabení. Motorická léze je prototypem periferní neurogení léze, z čehož rezultuje vysoký potenciál k rychlému rozvoji hypotonie a atrofie. Nejběžnějším projevem je nepochybně současně postižení senzitivní i motorické funkce kořene, kdy se k bolesti přidává oslabení příslušné svalové skupiny. Nejčastěji však jen jako snížení či vyhasnutí odpovídajícího šlachosvalového reflexu. Při motorické lézi je u kořene S1 snížena síla plantární flexe nohy, L5 dorzální flexe nohy, L4 flexe v kolenní. U kořenů L5 a S1 je pozitivita Laségova příznaku, u L4 obrácený Laségue. Vždy je nutno u kořenových potíží na DK zkoušet sílu flexe v kolenní, protože zejména u projekce L5 může být podíl motorické léze L4 přehlédnut. Oslabení v myotomu L4 je sice méně časté, ale je zásadní, protože omezuje stojnost DK a může být příčinou pádů a trvalé invalidity zejména u starších jedinců.

Jaké jsou nejčastější příčiny pseudoradikulárních syndromů na DK?

Pseudoradikulární syndromy jsou projekce do podobných lokalizací jako u kořenových bolestí a jejich příčinou není strukturální porucha v oblasti páteřního kanálu a výstupu kořene z něj. K iritaci dochází obecně řečeno kdekoli v průběhu pleteně mezi páteří a končetinou. Nejčastější jsou:

- coxartróza – projekce S1 do stehna, dále bolest v tříse + palpačně bolestivá hlavice stehenní kosti, bolest úponu adduktorů mediálně v oblasti kolenního kloubu (někdy první příznak), bolest v oblasti trochanter maius. Nepoznaná coxartróza může dříve, než je nález na rtg kyčelního kloubu, provokovat změny statiky baze páteře, přetížít L páteř a podnítit projevy bederní diskopatie. Funkčně významná porucha se pak lehce pozná, když dotažení pasivní vnitřní rotace v kyčelním kloubu provokuje okamžitou bolestivou reakci s reflexním pohybem pánve.
- SI blokáda – projekce S1 do stehna, nebývá prudká. SI blok je nejčastěji sekundární k jiné poruše (porucha bederní páteře, coxopatie). Vysoce převažuje výskyt pravostranný (dispozice u praváků). Určit primární SI blok za příčinu imobilizace

jící bolesti S1 do DK je chybou. SI blok je pravidelným doprovodem kořenového syndromu. Diagnostikuje se pozitivitou fenoménu retardace.

- c) syndrom hypertonu pánevního dna (sy HPD) – výrazně převažuje u žen díky odlišnosti stavby malé pánve a jejího svalstva. Provokace gynekologickými záněty, srůsty po operacích v malé pánvi, úrazy kostrče pádem na hýždě. To je možné i u mužů. Syndrom HPD se někdy přidává k chronickým radikulopatiím a je-li přehlédnut, může zhoršovat účinnost léčby. Imituje všechny kořenové iritace do DK, třísla, podbřišku. S jistotou se dá vyloučit jen vyšetřením per rektum.

Typické průběhy postižení kořenovými syndromy – klasifikace dle autora

1. **akutní bez latence** – Výskyt náhlé bolesti a blokády pohybu bederní páteře je prakticky zároven provázen kořenovou iritací – u těchto stavů teprve další průběh ukáže, jakým směrem se dispozice pacienta k potížím v budoucnosti bude ubírat. Spíše vzácně může kořenová bolest nastoupit bez vertebrální komponenty.
2. **akutní s latencí** – bolest a blok dané partie páteře zhruba s týdenním odstupem spíše polevují a naopak nastupuje projekční bolest do končetiny – lze se domnívat, že tento „volný interval“ je často dobou do rozvoje edému v oblasti odstupu kořene a/nebo akcentace zásadní funkční poruchy hybného systému.
3. **subakutní** – kořenová bolest cca po dvou týdnech od vzniku a cílené léčbě nemá tendenci ke spontánnímu ústupu.
4. **chronické** – kořenové bolesti jsou přítomny po měsíce. Je určitá menší nebo větší porucha dynamiky páteře a trvalá dispozice daná jak strukturální poruchou páteře, tak přítomností patologického pohybového stereotypu. Je vadná regulace napětí svalů – zřetěžené spasmusy trupových svalů – bolest se „kortikalizuje“.
5. **chronicky recidivující** – Střídají se období bez obtíží či s minimálními potížemi a ataky akutních bloků páteře spojené s různě intenzivní kořenovou iritací, která se opakuje ve stejném dermatomu. Změní-li se ale charakter strukturální poruchy, mohou se vyskytnout v dermatomu jiném. Některé mají pak charakter akutní fáze.

Čím jsou stavy akutnější, tím bývají obrazy kořenové iritace čistější. Čím jsou chroničtější, tím jsou více ovlivňovány přistupujícími funkčními poruchami. Přirozenou vlastností dysregulace svalového tonu v rámci bolestivých aferentací je tvorba zřetěžených svalových spasmů, které se časem generalizují

na predisponovanou polovinu těla s účastí trupových svalů. Změny jsou pak od krční páteře (A/O a C1/2 skloubení) až po postavení pánve.

Jaké vyšetřovací metody jsou k dispozici?

Zobrazovací – nativní rtg, CT, NMR, perimyelografie (PMG), scintigrafie skeletu, elektrofyziologické – EMG, evokované potenciály – zejm. motorické evokované potenciály (MEP), laboratorní vyšetření vč. vyšetření likvoru.

Důležité je, že všechna uvedená vyšetření jsou jen pomocné vyšetřovací metody, které volíme podle anamnézy a klinického nálezu nemocného.

Co zásadně ovlivňuje zvolenou léčbu?

Zmínit zasluží typ strukturální poruchy, rychlost rozvoje potíží, resp. **typ průběhu kořenové bolesti**, stupeň rozvoje funkčních poruch, přítomnost příznaků absolutně indikujících k operačnímu řešení, věk pacienta a interní komorbidita – čím je nemocný starší a čím je nemocnější, tím rezervovanější jsme v indikaci operačního řešení. Dostupnost léčby s ohledem na bydliště nemocného – indikace rehabilitace, na kterou nemocný složitě dojíždí zejména ve fázi akutní bolesti je kontraproduktivní, totéž platí pro ambulantní infuzní léčbu. Somatotyp s ochablým svalovým korzetem zhoršuje efektivitu rehabilitace. Psychické nastavení – úzkostnost, deprese snižují efektivitu analgetické léčby a rehabilitace obecně a snižuje práh vnímání bolesti.

Jaké léčebné metody volit?

Skutečně kořenová bolest je zcela odlišná od bolesti svalové, úponové, od bolesti přenesené, resp. od bolesti zad. Je daleko blíže svým charakterem k neuralgii. V současné době se volně řadí mezi bolesti neuropatické.

Odborné zajištění péče o pacienta – neurologické sledování ve všech případech spontánně neustupující kořenové bolesti nebo bolesti od počátku s projevy výpadu nervových funkcí. V akutní fázi v těchto situacích vyšetření nelze odkládat, aby nedošlo k přehlédnutí rozvoje nevratných poruch.

Režimová opatření v akutní atace kořenových potíží – v akutní fázi s ochranným blokem páteře klidový režim, při projevech nutících myslet na progredující symptomatiku blížící se indikaci k operaci nebo s vyvinutou takovou symptomatikou hospitalizace. U zaměstnaných vhodná pracovní neschopnost, nutná při invalidizujících potížích. U starých nemocných a interně vážně nemocných při neustupujících, invalidizujících bo-

lestech hospitalizace vhodná podle základního došavadního, zpravidla interního onemocnění k zajištění řízené analgetické léčby a předejití interním komplikacím. Ve všech ostatních případech při jistotě neprogredujícího neurologického nálezu je indikovaná ambulantní léčba, nemocný musí být řádně poučen o příznacích, které jsou projevy sykau dy a významu klidového režimu.

Farmakoterapie kořenové bolesti

Běžná analgetika jako Atargalin, Korylan, Eunalgit apod. p. o. i. i. m. jsou neúčinná, mohou snížit bolest zad, **antirevmatika** – p. o. jsou neúčinná, i. m. mírný efekt díky protizánětlivému účinku, **myorelaxancia** – v akutní fázi bloku uvolnění spasmů, nevhodná pro chronické podávání – oslabení celého svalového korzetu, disproporce napětí svalových skupin zůstává, zejména to platí pro ženských svalový korzet, nemají žádný efekt na kořenovou bolest. Silná centrální myorelaxancia jako je Sirdalud, Baclofen nepatří do léčby jakýchkoliv vertebrogenních bolestí (jsou určena na léčbu spasticity). **Tramadol** má slušný efekt na bolesti vertebrogenní, může ovlivnit částečně i kořenovou bolest, ale často špatná snášenlivost a nevhodný pro dlouhodobé podávání. **Analgetické infuze** – zpravidla kombinace analgetik a myorelaxancií jsou vhodné v akutní fázi za hospitalizace, ambulantní aplikace postrádá smysl (narušení klidového režimu). **Nová antiepileptika s analgetickým efektem** – **gabapentin, pregabalin** – u neustupující bolesti trvající déle jak 3–4 týdny léky první volby s výrazným efektem na kořenovou bolest. Prodlužovat tuto dobu jinými analgetiky není účelné. Zabere-li léčba antiepileptiky, podávají se 2–3 měsíce a po vysazení jejich efekt ve většině případů přetrvává. Nutno počítat s nástupem efektu s latencí asi 4–6 dní. **Opioidy** (Transtec, Durogesic) – indikace pro pacienty s invalidizujícími bolestmi, bez absolutní indikace k operaci a nevhodnosti operačního výkonu pro neúnosnou zátěž (zejména starší polymorbidní nemocný). **Opiáty** – možná krátkodobá aplikace v akutní fázi s krutými projekčními bolestmi do končetiny. **Antidepresiva** – bolest je jedním z častých faktorů podněcujících rozvoj deprese. Čím je bolest dlouhodobější, tím je depresivní složka pravděpodobnější a bolest pak nezabírá na analgetika, navíc je narušena relaxace organismu spánkem. Dnes se jednoznačně preferují antidepresiva ze skupiny SSRI.

Kořenový obstřík pod CT kontrolou – je semiinvasivní léčbou volby u pacientů ve fázi subakutní.

Rehabilitace – v akutní fázi klidový režim do ústupu ochranného spasmu trupových svalů, ve fázi subakutní a chronické individuálně volené metody – uvolnění patologických svalových řetězců a pohybových stereotypů, mobilizace, trakce po trakčním

testu, cvičení na neurofyziologickém podkladu, elektroléčba – její efekt je ale všeobecně přeceňován. Nutné je zaměřeni na základní funkční poruchy, svalové dysbalance, které ovlivňují projekční bolesti do DK. Nedostupnost rehabilitace s nutností opakovaných transportů její efekt výrazně snižuje, někdy má pak zcela kontraproduktivní efekt. Plně hrazená lázeňská léčba jistě po operacích, jinak jen ve vybraných případech. Rehabilitační léčba obecně je výrazně závislá na zkušenostech, vybavení a schopnostech rehabilitačního pracovníka.

Jaké jsou indikace k operaci?

Absolutní indikací k akutní operaci je syndrom míšní kaudy – prudké bolesti do obou DK, jejich oslabování, sfinkterové poruchy, porucha čítí typu sedla (včetně poruchy perianogenitálního čítí a análního reflexu), masivní výhřez zpravidla foraminální s krutými, neztížitelnými bolestmi do končetiny a progredující svalovou slabostí. Ostatní případy jsou **relativní indikací k operaci** a měly by být vyzkoušeny všechny možné konzervativní léčebné postupy jak farmakologické, tak rehabilitační. **Faktory zpochybňující operační řešení** jsou: vysoký věk, polymorbidita, postižení více jak jednoho páteřního segmentu, stav po předcházející operaci, diskopatie, postoperační srůsty v kanálu páteřním, deprese a výrazný podíl psychosomatické složky, chronicita kořenových potíží, nekorelující výsledky vyšetření.

Algoritmus diagnostiky a léčby podle typu průběhu kořenových bolestí – dle autora

- Akutní bez příznaků sy kaudy a těžké, resp. progredující parézy, postižen jeden kořen**
 Vyšetření – rtg L páteře a u starších a fyzicky přetěžovaných jedinců rtg kyčelních kloubů.
 Rehabilitace – klidový režim, případně možno pokusit se ovlivnit řetězec trupových spasmů mobilizací a technikami s postisometrickou relaxací (PIR) s vynecháním L páteře.
 Farmakoterapie – střední dávky antirevmatik na lumbalgie, max. 7denní podávání myorelaxací ke zkrácení fáze akutního bloku L páteře, symptomatická léčba kořenové bolesti.
 Operační řešení – 0.
 Režimová opatření – pracovní neschopnost, klidový režim, možno léčit ambulantně.
- Akutní bez jasně vyjádřených příznaků sy kaudy, paréza lehkého stupně a/nebo gradující bolest DK do imobility a/nebo přistupující mírné sfinkterové poruchy, postižen jeden kořen**
 Vyšetření – CT na dotčené 2 sousední segmenty L páteře, rtg kyčelních kloubů.
 Rehabilitace – klidový režim.

Farmakoterapie – symptomatická léčba bolesti, u progredující intenzity bolesti bez indikace k operaci nasazení kúry gabapentinu nebo pregabalínu.

Operační řešení – 0.

Režimová opatření – pracovní neschopnost, u ambulantní léčby nutno zajistit možnost kontrol neurologem podle průběhu potíží, u starých nemocných raději hospitalizace.

3. Akutní s příznaky sy kaudy a/nebo rychle progredující paréza a/nebo kruté bolesti do DK, postižen jeden kořen nebo více kořenů, jasný nález strukturální poruchy, masivní foraminální výhřez

Vyšetření – akutně CT, případně NMR.

Rehabilitace – klidový režim.

Farmakoterapie – symptomatická léčba bolesti.
 Operační řešení – neodkladně při korelujícím nálezu zobrazovací metody.

Režimová opatření – neodkladně hospitalizace na neurologii či přímo neurochirurgii.

4. Akutní s latencí

Vyšetření a operační řešení a režimová opatření se řídí stejnými pravidly jako v bodech 1 až 3.

Farmakoterapie – kúra kortikoidů (p. o. Prednison od 60 mg za den, za hospitalizace možno iniciovat parentálně např. Methylprednisolon, Dexamethason), při neúčinnosti bez indikace k operačnímu řešení gabapentin, pregabalin.

Rehabilitace – vyloučit a léčit funkční poruchy, zejména sy hypertonu pánevního dna.

Při neúčinnosti léčby přehodnocení diagnostického závěru, doplnění EMG vyšetření.

5. Subakutní

Vyšetření, operační řešení a režimová opatření se řídí stejnými pravidly jako v bodech 1 až 3.

Farmakoterapie – u prudkých bolestí kúra gabapentin, pregabalin a/nebo antiedematózní léčba při nálezu edému kořene na CT, nezabere-li, pak kořenový obstrukční pod CT kontrolou.

Rehabilitace – současně s farmakoterapií zaměřeni na potlačení funkčních poruch, zejména trupových řetězců spasmů, ovlivnění pseudoradikulárních příčin bolestí do DK.

Při neúčinnosti léčby přehodnocení diagnostického závěru (zánět?, jiná příčina?), EMG.

6. Chronické

Vyšetření – rtg L páteře a kyčelních kloubů, při diagnostické nejistotě CT

Rehabilitace – zaměřeni na patologické řetězce, vadné držení těla, patologické stereotypy, příčiny pseudoradikulárních bolestí do DK včetně PIR pánevního dna, snaha motivovat nemocného k pravidelnému cvičení podle individuálně volené instrukce, pozn.: nikdo nebude dobře cvičit jen podle příručky.

Farmakoterapie – snaha o minimalizaci analgetik, ovlivnění případné deprese, při větší intenzitě kúra gabapentinu nebo pregabalínu.

Operační řešení – není indikované vyjma zhoršení odpovídajících bodů 1 až 5.

Režimová opatření – vyjma akutních zhoršení není pracovní neschopnost indikovaná, může ale jít o změněnou pracovní schopnost a změnu pracovního zařazení.

7. Chronicky recidivující

Řídí se stejnými pravidly jako v bodě 6.

8. Zvláštní případy

- Neurologická symptomatika nekoresponduje s malým nálezem na zobrazovacích vyšetřeních a/nebo nedochází k očekávanému zlepšení v případech bez indikace k operaci** – doplnit EMG, případně MEP, vyšetření mozkomíšního moku k vyloučení neuroinfekce.
- Neurologická symptomatika nekoresponduje topicky s jasným patologickým nálezem na CT a NMR, případně jsou tato vyšetření vzájemně nekorespondující** – doplnění EMG, případně MEP, případně PMG se současnou možností vyšetření mozkomíšního moku.
- Klinický nález povšechného neuropatického nálezu, resp. více kořenů DK** – vždy EMG vyšetření a laboratorní vyšetření k vyloučení příčiny neuropatického postižení, resp. vyšetření k vyloučení komprese lumbosakrálního plexu, resp. vyloučení neuroinfekce.
- U diabetika myslet v akutní fázi onemocnění na akutní proximální diabetickou neuropatii, u pacienta s generalizovaným aterosklerotickým procesem myslet na Lerichův sy.**
- Varovnými příznaky nutí myslet na jiné než primárně vertebrogenní onemocnění jsou: teploty, chronický zánět močového systému, anamnéza nádorového onemocnění, úbytek na váze, kruté bolesti zad bez úlevové polohy, dlouhodobá léčba kortikosteroidy, HIV pozitivita, lymfadenopatie, kožní erytem.**

Po zvládnutí všech akutních stavů musí následovat cílená, individuálně volená rehabilitace. Její podrobný rozbor a výčet všech metodik přesahuje rozsah článku.

Uvedené diagnostické a léčebné postupy jsou koncipovány jednak s ohledem na nepřehlédnutí možného rozvoje nevratných komplikací, na druhou stranu pak na omezení zbytečných indikací drahých vyšetření. Zejména **zobrazovací vyšetře-**

ní mají význam tehdy, pokud uvažujeme o operačním řešení nebo je snaha vyloučit jiné onemocnění než primárně degenerativní, resp. vertebrogenní.

Elektrofyzilogická vyšetření mají význam při nejasném klinickém nálezu a v případech nutících objektivizovat dynamiku funkčního postižení.

Článek i postupy vycházejí z osobních zkušeností léčby vertebrogenních pacientů a záměrně abstrahují od onemocnění primárně revmatologických, některých ortopedických, zánětlivých a onkologických. Obecně však platí, že je na takové afekce

nutno myslet, pokud léčba pacienta neprobíhá podle očekávaného průběhu. Žádná klasifikace nemůže zahrnovat všechny případy, má-li být použitelná pro běžnou praxi.

MUDr. Petr Mečíř

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 128 00 Praha 2
e-mail: mecir.petr@vfn.cz

Literatura

1. Bednařík J. Akutní bolesti v lumbosakrální oblasti – doporučený postup pro lékaře. Česká neurologická společnost 2005.
2. Clinical practice guidelines for management of low back pain. Medical Associates Clinic and Health Plans. Practice Guidelines 2006.
3. Lewit K. Manipulační léčba v rámci léčebné rehabilitace. Nakladatelství dopravy a spojů 1990.
4. Management of back and neck pain. Medical College of Wisconsin 2006.