

lávajícím faktorem dekompenzace. Zvýšený tlak moku nad úroveň stenózy přivodí vtlačení (herniaci) míšního konu směrem dolů do užšího prostoru, jeho kompresi, ischemii a neurologické poškození. Výsledkem je paraplegie, časná sfinkterová dysfunkce, ztráta perianální citlivosti, příznaky jsou obvykle symetrické.

■ Přirozená progresse LSS [10]?

Na dekompenzaci se může rozhodně podílet více faktorů najednou. Při rozhodování je zásadní pečlivé hodnocení klinického a neurologického stavu v celém průběhu a MR.

Co by měl anesteziolog vědět o LSS?

Je to degenerativní onemocnění páteře, postihuje asi 20–50 % populace starší 60 let. Je důsledkem věkem podmíněných degenerativních změn, zejména osteoartrózy bederní páteře. Patofyziologicky jde o kombinaci degenerace meziobratlových plotének se snížením jejich výšky a vyklenutím, hypertrofie fasetových kloubů a řasení ligamentum flavum. Výsledkem je strukturální zúžení centrálního a/nebo laterálního páteřního kanálu, které způsobuje žilní kongesci a poruchu odtoku mozkomíšního moku, což sekundárně omezuje perfuzi nervových kořenů.

Klinicky nejvýznamnějším příznakem LSS jsou **neurogenní klaudikace**. Projevují se bolestí hýždí a/nebo dolních končetin, jednostranně či oboustranně, často s paresteziemi, slabostí nebo pocitem tíhy v nohou, chůzi omezují více než artróza kyčlí nebo kolen. Obtíže se zhoršují při stoji, chůzi a extenzi bederní páteře. Zmírňují se naopak vsedě a v předklonu. K dalším projevům patří mikční obtíže a sexuální dysfunkce. Diagnóza je klinická, potvrzuje se zobrazovacím vyšetřením. Diferenciálně diagnosticky je nutné vyloučit především ischemickou chorobu dolních končetin (klaudikace), artrózu kyčelního kloubu a diabetickou neuropatii.

Kdy si u centrálních blokád dát pozor, kdy se jich spíše vystríhat?

U pacientů s již diagnostikovanou LSS, především symptomatickou, ale i se skoliózou, zejména hrozí-li během operace pokles perfuze míchy, tzn. očekáváme-li oběhové problémy, nebo výkon vyžaduje po delší dobu hyperlordózu (podložení beder). Důležité je po celou dobu udržovat dostatečný perfuzní tlak míchy. Po operaci je nutné sledovat neurologický stav, nejméně po 24 hodin. Objev-li se nové příznaky, zařadit neprodleně zobrazovací vyšetření, nejlépe MR, v případě potřeby pak chirurgickou dekompresi co nejdříve, ideálně do 6 hodin.

Závěr

Lumbální spinální stenóza představuje časté, avšak v anesteziologické praxi velmi podceňované onemocnění, které může významně ovlivnit bezpečnost centrálních blokád (informovaný souhlas!). Popsaná kazuistika i její soudní dohra jsou důkazem, že u pacientů s manifestní či latentní stenózou páteřního kanálu může i zdánlivě rutinní instrumentace vést k dekompenzaci s trvalými neurologickými následky, byť riziko je nízké [10]. Z hlediska práva i medicíny je klíčová nejen správná indikace centrálních blokád, ale především včasné rozpoznání nových neurologických příznaků, neodkladná diferenciální diagnostika a případná dekomprese.

Anesteziologové by měli na možnost LSS aktivně pomýšlet zejména u starších pacientů, pacientů s typickými neurogenními klaudikacemi či deformitami páteře, a indikovat centrální blokady uvážlivě. Vzhledem ke stále častějším endoprotetickým operacím i v rámci jednodenní chirurgie (prozatím více na Západě) může být vhodnou volbou u některých pacientů i moderní celková anestezie s multimodální analgezií a periferními nervovými blokádami [11].

PROHLÁŠENÍ AUTORA: Prohlášení o použití AI: Během přípravy tohoto rukopisu byla AI použita k návrhu souhrnu, závěru a ke zpracování tabulky rozdílů mezi syndromy caudae equinae, míšního konu a epikonu. **Prohlášení o původnosti:** Potvrzuji, že práce je původní a nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média. Předběžné výsledky nejsou. **Střet zájmů:** Nemám střet zájmů v souvislosti s tématem práce. **Financování:** Autor je zaměstnancem na částečný úvazek KARIM 2. LF UK a katedry AIM IPVZ. **Souhlas pacienta s publikací:** NA, použity volně dostupné zdroje.

LITERATURA

1. Nzip.cz. Počty provedených operací totálních endoprotéz kyčle, kolena, hlezna, ramena a lokte za jednotlivá provádějící pracoviště podle pohlaví a věku pacienta. [Internet]. NZIP; 2026; [cited 7.1.2026]. Available from: <https://www.nzip.cz/data/2656-totalni-endoprotezy-pocet-otevrena-data>.
2. Wang R, Liu X, Lang Z, Liu Y, Zhang Y. Comparison of spinal anesthesia and general anesthesia in total hip and total knee arthroplasty: a meta-analysis and systematic review. *Minerva Anesthesiol.* 2025;91(10):938–950. doi: 10.23736/50375-9393.25.19043-3.
3. Rantakokko M, Teräs M, Tarkkila P, Wiklund A, Sigurðsson M, Galleberg G, et al. Anesthesia and Analgesia Methods in Primary Total Hip Arthroplasty and Primary Total Knee Arthroplasty – A Survey of Nordic Anesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2025;69(7):e70091. doi: 10.1111/aas.70091.
4. Ipvz.cz. Vzdělávací program v oboru anesteziologie a intenzivní medicína. [Internet]. IPVZ; 2015 [cited 7.1.2026]. Available from: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2234-vp-anesteziologie-a-intenzivni-medicina-cerven-2015.pdf>.
5. Vymazal T, Michálek P, Klementová O, et al. Anesteziologie (nejen) k atestaci. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing; 2023, ISBN 978-80-271-3898-2.
6. Larsen R. Anesteziologie. Praha: Grada Publishing; 2022, ISBN 978-80-247-2217-7.
7. Zakonyprolidi.cz. 25 Cdo 2946/2022-360. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 16. 8. 2023. [Internet]. Nejvyšší soud; 2023 [cited 21.11.2025]. Available from: <https://www.zakonyprolidi.cz/judikat/nsr/25-cdo-2946-2022>.
8. Kietaibl S, Ferrandis R, Godier A, Llau J, Lobo C, Macfarlane AJR, et al. Regional anaesthesia in patients on antithrombotic drugs. *Joint ESAIC/ESRA guidelines.* *Eur J Anaesth.* 2022;39(2):100–132. doi: 10.1097/EJA.0000000000001600.
9. Vandermeulen EP, Van Aken H, Vermeylen J. Anticoagulants and spinal-epidural anesthesia. *Anesth Analg.* 1994;79(6):1165–1177. doi: 10.1213/00000539-199412000-00024.
10. Kopp SL, Peters SM, Rose PS, Hebl JR, Horlocker TT. Worsening of Neurologic Symptoms After Spinal Anesthesia in Two Patients With Spinal Stenosis. *Reg Anesth Pain Med.* 2015;40(5):502–505. doi: 10.1097/AAP.0000000000000203.
11. Ip VHY, Uppal V, Kwofie K, Shah U, Wong PBY. Ambulatory total hip and knee arthroplasty: a literature review and perioperative considerations. *Can J Anaesth.* 2024;71(6):898–920. doi: 10.1007/s12630-024-02699-0.