proLékaře.cz | 13.11.2026

Komentář ke článku Intraspinální juxtaartikulární cysty bederní páteře autorů Bludovský a spol.

doc. MUDr. Lumír Hrabálek, Ph.D
Neurochirurgická klinika
FN a LF UP v Olomouci

V posledních letech byla tato problematika opakovaně prezentována několika českými autory v různých časopisech, Českou a Slovenskou neurologii a neurochirurgii nevyjímaje [1–6]. Je tedy na místě krátce nejen okomentovat článek plzeňských autorů, ale současně porovnat publikované zkušenosti s touto problematikou z více našich pracovišť.

Terminologie

Ze všech uváděných názvů cyst, které všechny mají své opodstatnění a jsou v zásadě věcně správné, má největší naději na všeobecné používání název krátký a nezaměnitelný. Shoda v tomto směru nebude zřejmě dosažena nikdy, nicméně termín „juxtafacetární cysta" nebo „juxtaartikulární cysta" mi připadají nejvhodnější.

Patofyziologie

V rámci patofyziologie vzniku cysty se neustále hledá souvislost s nestabilitou segmentu. To je pak hodně zavádějící, neboť ostatním faktorům, jako zejména mechanickému přetížení a degeneraci meziobratlových kloubů s vývojem spondylartrotických změn, není věnována dostatečná pozornost.

Opakovaně bylo prokázáno, že významnou roli při vzniku juxtafacetární cysty sehrává mobilita a její míra, mobilitu ale nemůžeme zaměňovat s nestabilitou. Nestabilita není definována jednotně, většinou se za nestabilní segment bederní páteře považuje translační posun nad 3 mm nebo podstatně vzácnější angulární nestabilita na dynamickém skiagramu v rozsahu nad 11o. V žádném případě neplatí, že tam, kde je nestabilní segment, se vytvoří současně i juxtafacetární cysta, zatímco platí bezvýhradně, že cysta se vytvoří na mobilním segmentu.

Právě ale pochopení patofyziologie vzniku juxtafacetárních cyst a biomechaniky páteře je pro správnou léčbu klíčové. Po perkutánní aplikaci interspinózní rozpěrky, aniž dojde k chirurgickému zásahu do cysty nebo kloubu, nastává klinická úleva a postupně nastane resorpce cysty [5,6]. Tedy při tomto způsobu léčby nastává odlehčení meziobratlových kloubů distrakcí, s ochranou vůči zátěži zvláště v extenzi (právě v extenzi jsou meziobratlové klouby nejvíce mechanicky zatěžovány) a interspinózní rozpěrka zde působí jako „shock absorber". To prokazuje roli mechanického přetížení meziobratlových kloubů na patofyziologii vzniku cysty. Přitom po této operaci nastává klinická úleva u nemocných okamžitě, zatímco cysta se vstřebává postupně během několika měsíců. Je tedy současně zjevné, že na vzniku kořenového syndromu se nepodílí jen zobrazená cysta a navíc symptomatologie může být překryta významně i pseudoradikulární složkou bolesti vycházející přímo z kloubů. Proto neznamená automaticky, že prostým odstraněním juxtafacetární cysty pacienta správně léčíme.

Výsledky chirurgické léčby

Obvykle je po resekci cyst ve světové literatuře referováno zlepšení ODI (Oswestry Disability Index) o 32–36 bodů. U autorů článku (Bludovský at al) není hodnota ODI přesně vyjádřena, nicméně z grafu lze odečíst přibližně zlepšení ODI z 51 na 33 bodů (o 18 bodů). Operační revize byla indikována u dvou ze 49 pacientů. Jedná se o nehomogenní soubor, do kterého byli zařazeni i pacienti s degenerativní spondylolistézou (29%), z nichž pouze část byla současně zajištěna transpedikulární fixací a mezitělovou fúzí. Vaněk s Häckelem prokázali zlepšení ODI ze 74 na 24 bodů (o 50 bodů). Operační revize byla indikována pro časný vývoj kontralaterální cysty u jednoho ze 13 pacientů. Jednalo se o homogenní soubor, ve kterém nebyli pacienti s nestabilitou a všichni byli operováni jednotnou technikou resekcí cysty [4]. Hrabálek at al po perkutánní aplikaci interspinózní rozpěrky, bez resekce cysty, prokázali zlepšení ODI z 58,4 na 23,9 (o 34,5 bodu). Revizní operace nebyla žádná. Jednalo se o homogenní soubor 10 pacientů, ve kterém nebyli pacienti s nestabilitou nebo výraznější stenózou [6].

Chirurg má celou škálu možností, jak pacienta s juxtafacetární cystou léčit. Je potřeba zvažovat symptomatologii a zobrazení komplexně a podle toho se můžeme teprve adekvátně a správně rozhodnout o způsobu operace. Obecně bychom vždy měli postupovat co nejméně invazivně. Perkutánní interspinózní rozpěrka je vhodná u pacientů starších a u těch, kteří nechtějí žádná omezení ihned po operaci. V případě výraznější a symptomatické stenózy nebo nestability tato metoda již vhodná není. Univerzální metoda je miniinvazivní resekce cysty. Rozsah invazivity se zvyšuje dekompresí pro současnou stenózu a zvláště pak v případech nestability, kdy je potřeba zvolit některou z forem dynamické stabilizace nebo rigidní fixace, potom vždy s kostní fúzí. I z toho je zřejmé, že zájem o tuto problematiku bude pokračovat, jen bych vyzval autory ke studiím, které přinesou nové poznatky a nebudou opakovat známé skutečnosti. V tomto směru budou nejpřínosnější prospektivní soubory s jednotnou metodikou léčby a standardně klinicky sledované a vzájemně srovnatelné minimálně pomocí ODI a VAS (Vi-

proLékaře.cz | 13.11.2026

sual Analogue Scale). Dosud chybí studie randomizované.

Histologické vyšetření

Žádný z autorů doposud při operaci juxtafacetární cysty neprokázal cystický tumor, a to i proto, že na páteři se takové tumory imitující cysty nevyskytují. Histologické vyšetření cysty tedy nemá žádný praktický význam a provádět se nemusí, s výjimkou diagnostických rozpaků operatéra. Může ale sloužit k vědeckým účelům a podílet se tak na objasnění patofyziologie.

Literatura

1. Sova M, Smrčka M, Hušek K. Synoviální cysty bederní páteře – vzácná příčina lumboischialgií. Cesk Slov Neurol N 2000; 63/96(5): 297–298.
2. Zeman T, Novák Z, Chrastina J, Cejpek P, Zichová I, Hemza J et al. Juxtafacetární cysty bederní páteře. Neurologie pro praxi 2008; 9(5): 308–310.
3. Häckel M, Vaněk P. Intraspinální lumbální synoviální cysty I. Přehled problematiky. Cesk Slov Neurol N 2009; 72/105(1): 18–23.
4. Vaněk P, Häckel M. Intraspinální lumbální synoviální cysty II – chirurgická léčba 13 nemocných. Cesk Slov Neurol N 2009; 72/105(1): 61–64.
5. Hrabálek L, Adamus M. Léčba juxtafacetární cysty cysty bederní páteře dynamickou interspinózní stabilizací: kazuistika. Cesk Slov Neurol N 2010; 73/106(4): 423–426.
6. Hrabálek L, Wanek T, Adamus M. Léčba juxtafacetárních cyst bederní páteře perkutánní dynamickou interspinózní stabilizací: prospektivní studie. Acta Chir Orthop Traumatol Cech 2012;79(2):144–149.

