

# Σπονδυλόλυση και Σπονδυλολίσθηση: Δυο παθήσεις τις σπονδυλικής στήλης

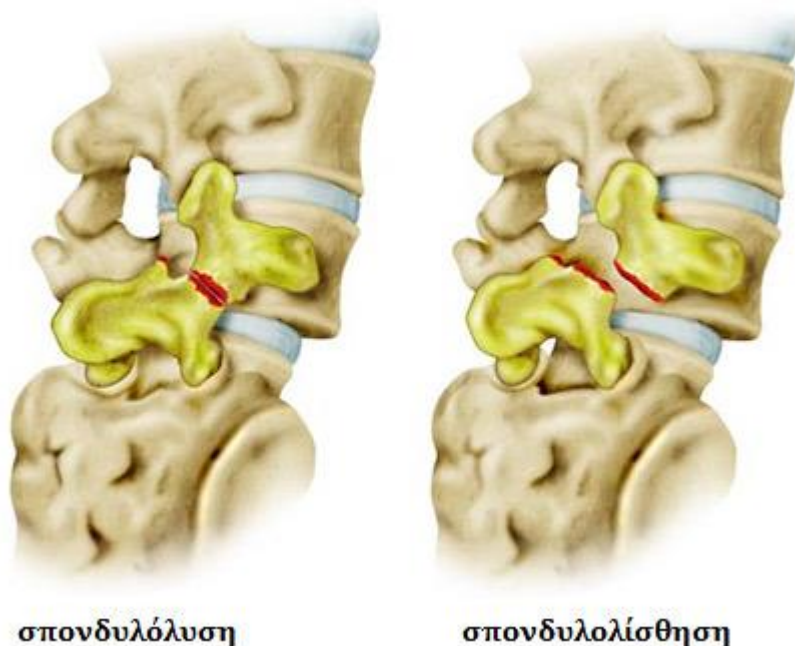
Ποια είναι τα αίτια και πώς γίνεται η διάγνωση της σπονδυλόλυσης και της σπονδυλολίσθησης; Τρόποι αντιμετώπισης.

Γράφει ο Αθανασάκης Θεόδωρος Ορθοπαιδικός χειρουργός

ΙΑΤΡΕΙΟ Λ. ΚΝΩΣΣΟΥ 236 & ΚΑΣΤΕΛΛΙ ΠΕΔΙΑΔΟΣ  
ΤΗΛ 2810 327 988 ΚΑΣΤΕΛΛΙ 28910 29300 ΚΙΝ.6937363880  
[www.creteorthopedics.gr](http://www.creteorthopedics.gr). [email.athanasakis8@yahoo.gr](mailto:email.athanasakis8@yahoo.gr)



Σε αυτό μου το άρθρο θα προσπαθήσω να αναφερθώ όσο πιο απλά και κατανοητά γίνεται σε δύο παθήσεις της σπονδυλικής στήλης άρρηκτα δεμένες μεταξύ τους – τη σπονδυλόλυση και τη σπονδυλολίσθηση. Χωρίς πολλές, δυσνόητες και “αδιάφορες” προς το ευρύ κοινό λεπτομέρειες, θα παρουσιαστούν τα βασικότερα σημεία σχετικά με τον ορισμό, τα αίτια, τη διάγνωση και την αντιμετώπισή τους.



## Σπονδυλόλυση

Σπονδυλόλυση ονομάζουμε τη λύση της συνέχειας του οστού (σπονδύλου) μεταξύ των άνω και των κάτω αρθρικών αποφύσεων (facets). Το τμήμα αυτό ονομάζεται “ισθμός” (pars interarticularis). Η λύση αφορά στις περισσότερες των περιπτώσεων και στους δύο ισθμούς και σπανιότερα παρουσιάζεται ως ετερόπλευρη.

Η κλασική περιοχή όπου εντοπίζεται είναι στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (5ος οσφυϊκός σπόνδυλος-O5 , σπανιότερα O4 και O3). Σπονδυλόλυση μπορεί να εντοπιστεί και στην αυχενική μοίρα, όχι όμως τόσο συχνά όσο στην οσφυϊκή.

Αιτιολογικά οφείλεται σε κατάγματα καταπόνησης (stress fractures), δηλαδή από επαναλαμβανόμενους μικροτραυματισμούς και για το λόγο αυτό συναντάται συχνά σε ελίτ αθλητές (κολύμβηση, ενόργανη γυμναστική, ποδόσφαιρο). Σπανιότερα οφείλεται σε κάταγμα από οξύ τραυματισμό. Η γενετική προδιάθεση παίζει και αυτή ένα σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της σπονδυλόλυσης.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει πόνο στην οσφυϊκή και οσφυοϊερή περιοχή. Για τη διάγνωση χρησιμοποιείται ακτινογραφικός έλεγχος με απλές ακτινογραφίες και τα τελευταία χρόνια αυξάνεται όλο και περισσότερη η χρήση της αξονικής τομογραφίας στη διερεύνηση της σπονδυλόλυσης.

Η θεραπεία είναι κατά κύριο λόγο συντηρητική και συμπτωματική. προσαρμογή των δραστηριοτήτων, μετά από ενδελεχή ορθοπεδική κλινική εκτίμηση και θεραπείες όπως παρασπονδυλικές εγχύσεις, βελονισμό και παυσίπονη αγωγή κ.α.

Χειρουργική οδός ακολουθείται σε ορισμένες επίμονες περιπτώσεις που δεν απαντούν καθόλου στη συντηρητική θεραπεία. Στους ασθενείς αυτούς εφαρμόζεται σπονδυλοδεσία και σπανιότερα άμεση αποκατάσταση με οστικό μόσχευμα και βίδες.

## **Σπονδυλολίσηση**

Σπονδυλολίσηση είναι η μετατόπιση του υπερκείμενου (cephalad) σπονδύλου και κατά συνέπεια και της σπονδυλικής στήλης (ΣΣ) σε σχέση με τον υποκείμενο (caudad) σπόνδυλο (και άρα και την υπόλοιπη ΣΣ). Με τον όρο σπονδυλολίσηση αναφερόμαστε κατά κανόνα στην πρόσθια ολίσηση. Σπανιότερα μπορεί η ολίσηση να είναι προς τα πίσω (retrolisthesis) και ακόμη πιο σπάνια προς τα πλάγια (lateral listhesis).

Αιτιολογικά, η σπονδυλολίσηση ταξινομείται σε 6 μορφές:

- δυσπλαστική
- ισθμική (σπονδυλόλυση)
- εκφυλιστική
- τραυματική
- παθολογική
- μετεγχειρητική (ιατρογενής).

Από αυτές, η ισθμική είναι η συχνότερη και ακολουθείται από την εκφυλιστική.

Οι βαθμοί της σπονδυλολίσησης κατά Meyerding είναι 5 και έχουν να κάνουν με το ποσοστό ολίσησης. Έτσι έχουμε:

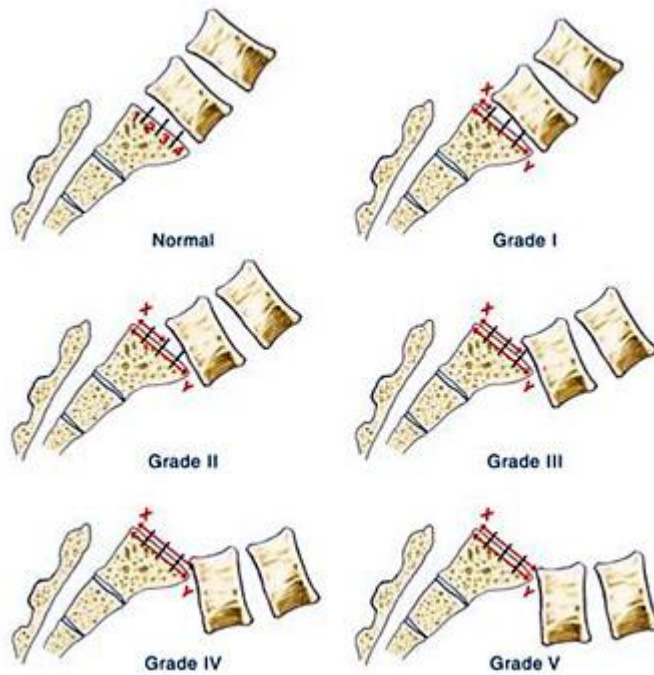
I. 0-24%

II. 25-49%

III. 50-74%

IV. 75-100%

V. πάνω από 100% ή αλλιώς σπονδυλόπτωση



Επιδημιολογικά μπορούμε να αναφέρουμε πως η ισθμική σπονδυλολίσθηση της παιδικής ηλικίας εμφανίζεται συνήθως σε λευκούς άρρενες με έντονη αθλητική δραστηριότητα-κυρίως επαναλαμβανόμενη υπερέκταση. Η εκφυλιστική μορφή είναι πιο συνηθισμένη σε αφροαμερικανούς με διαβήτη και γυναίκες άνω των 40 ετών και συναντάται στις περισσότερες των περιπτώσεων μεταξύ O4-O5 και μετά O3-O4.

Όσον αφορά στην κλινική εικόνα, η σπονδυλολίσθηση μπορεί να είναι από τελείως ασυμπτωματική έως και να παρουσιάζεται με πόνο στην οσφυϊκή και οσφυοϊερή περιοχή, καθώς και με ριζοπάθεια-ισχιαλγία (συνήθως O5 ρίζα από ολίσθηση O5-I1), παραισθησίες, μουδιάσματα.

Για τη διάγνωση της σπονδυλολίσθησης χρησιμοποιείται η απλή ακτινογραφία, η αξονική, καθώς και η μαγνητική τομογραφία.

Η θεραπεία χωρίζεται και εδώ σε συντηρητική και χειρουργική. Στην πρώτη εντάσσεται η προσαρμογή των δραστηριοτήτων, μετά από ορθοπαιδική κλινική εκτίμηση και θεραπείες όπως παρασπονδυλικές εγχύσεις, βελονισμό και παυσίπονη αγωγή κ.α.

Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει σπονδυλοδεσία (πρόσθια, οπίσθια, πλάγια ή συνδυασμός) με ή χωρίς αποσυμπίεση και με ή χωρίς ανάταξη.

Οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης

- πόνος που δεν υποχωρεί παρά τη συντηρητική οδό για τουλάχιστο 4-6 μήνες
- ελάττωση ποιότητας ζωής
- σπονδυλολίσθηση  $\geq 3$ ου βαθμού σε αναπτυσσόμενο σκελετό
- προοδευτική ολίσθηση, ακόμη και χωρίς έντονη συμπτωματολογία (προφύλαξη)
- ασθενείς με ριζοπάθεια-ισχιαλγία-νευρολογικά συμπτώματα.