

Spondylisteza (kręgozmyk) to przednie ześlizgnięcie kręgu w stosunku do kręgów leżących poniżej — pod wpływem siły ciężenia.

W kręgozmyku pojawia się powolne przesuwanie się ku przodowi:

- trzonu kręgu
- przedniej części łuku
- wyrostków stawowych górnych
- wyrostków poprzecznych wraz z całą, wyżej leżącą kolumną kręgosłupa

Tylna część łuku z wyrostkami stawowymi dolnymi pozostaje na miejscu. Schorzenie to dotyczy około 5% populacji. Wykrywa się je najczęściej między 11. a 20. rokiem życia oraz między 25. a 35. rokiem życia.

Od właściwej spondylolistezy odróżnić należy:

Retrospondylolistezę (spondylolisthesis reversa, posterior) — przemieszczenie trzonu L4 ku tyłowi w stosunku do L5. Z kolei od retrolistezy odróżniamy jeszcze **sacrolisthesis** — tzw. rzekomy tylny kręgozmyk (w rzadkich przypadkach może dojść do przesunięcia kręgu ku tyłowi — tyłozmyk kręgowy), gdzie nadmiernie rozwinięty od przodu kostny „dziób” w okolicy przedniego brzegu górnej powierzchni trzonu S1 imituje przemieszczenie L5 w stosunku do S1.

Etjopatogeneza

- wg Tylmana — nie jest wyjaśniona. Często występuje u dzieci i młodzieży jako cecha wrodzona; „synchronodroza neurocentralna” — powstanie kręgozmyku na skutek wady wrodzonej (sugestia)
- wg Wittze — genetyczne zaburzenie kostnienia jako wada nabyta, rozwojowa
- wg Morisaki — złamania przeciążeniowe w miejscu osłabionej odporności (mikrourazy) jako wada nabyta, rozwojowa

W patogenezie przyjmuje się dzisiaj, że nie jest to wada wrodzona i że liza nigdy nie występuje u noworodka. Bierze się pod uwagę, że kręgozmyk powstaje wskutek urazu, często utajonego klinicznie, dysplazji i nieprawidłowego rozwoju cieśni kręgu lub trofostatyki, kiedy liza cieśni kręgu jest następstwem utajonego złamania, mechanicznego zmęczenia wskutek hyperlordozy albo efektu „gilotynowego”.

Whitman wyróżnia szereg czynników zwanych prespondylolisthesis

1. spondylolysis
2. sacrum horizontale lub sacrum acutum (Scherb) o kącie ok. 90° (norma $130-150^\circ$)
3. uraz (Wilhelm)
4. discrosis intervertebralis

Spondylolisteza jest zatem następstwem spondylolizy, czyli szczeliny w części międzywyrastkowej (pars interarticularis) łuku kręgu. Ważnym momentem jest obecność obustronnej spondylolizy — wrodzonej lub nabytej. Łącznie ze spondylolysis i poziomym ustawieniem kości krzyżowej w rozwoju kręgozmyku bierze udział proces patologiczny rozmiękania w krążkach międzykręgowych (discosis intervertebralis), co ułatwia ześlizg kręgu. Nie zawsze spondylolysis przechodzi w spondylolisthesis. Według Francilhan w 67% przypadków dotyczy to głównie osób ciężko pracujących.

Proces ześlizgiwania się kręgu już w początkowej fazie wyzwala odruchową obronę mięśni znajdujących się nad miejscem istnienia szczeliny w łuku kręgu — dotyczy to mm. przykręgosłupowych (mm. sacrospinales), z następczym zwiększeniem lordozy lędźwiowej, tzw. sylwetka Hotentota. Zwiększa się także poziome ułożenie kości krzyżowej. Zmiany te warunkują ukośne ustawienie trzonu L5, przy którym siła nacisku działająca w sposób ścinający na krążek międzykręgowy doprowadza do jego zmian przeciążeniowych.

W patogenezie obserwuje się także zjawiska towarzyszące takie jak

- chondrosis intervertebralis w zakresie chrząstki międzykręgowej
- osteochondrosis intervertebralis w obrębie powierzchni kręgów

Te zmiany degeneracyjne odpowiadają obrazowi spondylosis i spondyloarthrosis (najczęściej L5-S1). Zmianie ulega kształt L5 — zwiększa się jego wymiar strzałkowy i czołowy (spłaszczenie i sklinowacenie).

Kręgozmyk spondylolityczny

- stanowi około 51% przypadków; najczęściej dotyczy mężczyzn, bardzo często młodzieży i dzieci

- powstaje na tle rozpoznanej kręgoszczeliny (spondylolysis)
- najczęstsza postać kręgozmyku
- wyrostki stawowe są prawidłowe
- przedniemu ześlizgiwaniu się trzonu nie towarzyszy przemieszczanie łuku kręgowego
- ześlizg jest zwykle niewielki
- rzadko występuje przewężenie światła kanału kręgowego; jeśli występuje, to w odcinku lędźwiowym, rzadziej krzyżowym

Postacie

- U młodych — L4-L5, L5-S1
- U dojrzałych — L3-L4

Przy umiejscowieniu w segmencie L3-L4 występuje zwężenie otworu międzykręgowego. Od przodu od miejsca uszkodzenia jednomienny korzeń owija się dookoła trzonu, a następnie nasady łuku. Dochodzi do rozplemu tkanki włóknisto-chrzęstnej, która przyciska korzeń do trzonu kręgowego. Przy objawach korzeniowych lub ucisku nerwu ogonowego wskazana jest mielografia (lub współczesne badania obrazowe, np. MRI/CT myelografia).

Leczenie

- Stenoza kanału kręgowego, zwężenie otworu międzykręgowego — wskazanie do leczenia operacyjnego
- Usunięcie łuku kręgowego (laminektomia) w razie konieczności dekompresji
- Usztywnienie kręgosłupa — przednie lub tylne, w zależności od wskazań