Na pierwszym miejscu stawia się leczenie objawowe, a tylko w 10% przypadków ustala się wskazania do leczenia operacyjnego.

1. I st – wzmocnienie mm. przykręgosłupowych
2. II st – usztywnienie tylno-boczne
3. III–IV st – stabilizacja, np. metodą Dero, spondylodeza

Spondylolisteza bez objawów klinicznych nie wymaga leczenia.

Leczenie zachowawcze

- odciążenie kręgosłupa
- wzmocnienie mm. brzucha, zmniejszenie napięcia mm. grzbietu (ćwiczenia stabilizujące i korekcja postawy)
- regeneracja elementów biernych
- w okresie rekonwalescencji – gorsety biodrowo-lędźwiowe (stosowane czasowo), modyfikacja trybu życia, fizykoterapia
- NLPZ
- redukcja nadwagi
- leczenie osteoporozy, gdy wskazane
- ćwiczenia na rowerze stacjonarnym
- odciążenie
- sznurowanie gorsetowe
- blokady przeciwbólowe

Leczenie zachowawcze kontynuujemy gdy

- występuje stabilność kręgosłupa i kręgozmyku w badaniu RTG
- brak zaburzeń neurologicznych
- brak dolegliwości bólowych
- właściwa postawa i chód
- dobra siła mm. brzucha

Leczenie operacyjne

- brak poprawy po leczeniu zachowawczym
- nawroty dolegliwości
- postępujące osłabienie siły mięśni
- objawy neurologiczne

- stenoza (zwężenie kanału kręgowego)
- niestabilność kręgosłupa
- kręgozmyk III–IV st. przy obecności dolegliwości bólowych i objawów neurologicznych

Zabiegi odbarczające korzenie rdzeniowe

- laminektomia
- wycięcie łuku z wyrostkiem kolczystym

Usztywnienie

- tylne
- przednie
- tylnoboczne

Usztywnienie tylne lub tylno-boczne

- zdekortykowanie i spondylodeza tylnych elementów kręgów: wyrostków kolczystych, łuków, wyrostków stawowych i czasem poprzecznych
- stosowane, gdy występują objawy neurologiczne i niestabilność

Usztywnienie tylne międzytrzonowe

Wprowadzenie przeszczepu kostnego do oczyszczonej przestrzeni międzykręgowej przez szeroką fenestrację lub laminektomię z zastosowaniem instrumentu Harringtona lub technik transpedikularnych.

Usztywnienie przednie

Z dostępu przezbrzusznego lub pozaotrzewnowego.