



Definition

Das Gleiten eines Wirbelkörpers über den darunter liegenden Wirbel wird als Gleitwirbel oder Spondylolisthesis bezeichnet (griechisch: Spondylos = Wirbel; Olithesis = Gleiten). Hierbei verbleibt der Wirbelbogen mit den unteren Gelenkfortsätzen am Ursprungsort, während der Wirbelkörper mit Bogenwurzeln Querfortsätzen und oberen Gelenkfortsätzen bauchwärts nach vorne (Ventrolisthesis) oder in seltenen Fällen nach hinten (Retrolisthesis) gleitet. Man unterscheidet 3 Gleitwirbel-Typen: Bei der sog. „isthmisch-lytische Form“ (Typ 1) kommt es durch eine knöchernen Defekt der Wirbelbögen zu einer Unterbrechung der Funktion (Interartikulation) der Wirbelgelenke. Die sog. „isthmisch- dysplastische Form“ (Typ 2) ist gekennzeichnet durch eine anlagebedingte Verlängerung des Bogens und entsprechender Veränderung der Fläche des Zwischenwirbelgelenks (Interartikularportion), während die sog. „degenerative Form“ (Typ 3) der Spondylolisthesis auf einer Abnutzung von Wirbelgelenken und/oder Bandscheiben beruht, welche zu einem Abrutschen des Wirbelkörpers ohne knöcherner Defektsituation führt.



Abb.: Röntgenaufnahme eines Wirbelgleitens zwischen dem 5. Lendenwirbel und dem Kreuzbein

Gleitwirbel

<M 42.1>

Spondylolisthesis

Häufigkeit, Symptome, Ursachen

Wirbelgleiten tritt bei etwa 4-5% der Kinder im Vorschulalter und bei ca. 5-7% der Erwachsenen auf. Ca. 95% aller Fälle von Wirbelgleiten ereignen sich an der Lendenwirbelsäule, insbesondere im Bereich des 4./5. Lendenwirbels (80%). Der Schweregrad des Wirbelgleitens wird nach Meyerding im Hinblick auf die Gleitstrecke des Abrutschens in 4 Stadien eingeteilt, wobei man ab Stadium 3 von einem schweren Wirbelgleiten spricht. Die Beschwerden äußern sich meist als Rücken- und auch Beinschmerzen welche von einer Bewegungseinschränkung begleitet werden. Bei einem fortgeschrittenen Verlauf kann es zu einer Einengung des Wirbelsäulenkanals und der Nervenwurzeldurchtrittslöcher kommen, was mit einem Auftreten neurologischer Ausfallserscheinungen (Lähmung/Taubheitsgefühl) einhergehen kann. Die Instabilität kann durch einen steten Zug an Bändern und Muskelansätzen zur Ausbildung eines schmerzhaften Muskelhartspanns führen.

Die Ursachen des Wirbelgleitens können sowohl angeboren als auch erworben sein, wobei im letzteren Fall zu unterscheiden

ist zwischen degenerativen Formen (s.o.), traumatischen Formen (Bruch der Wirbelkörper oder ihrer Gelenkfortsätze durch einen Unfall), pathologischen Formen (Knochenerkrankung) und postoperativen Formen nach einer Wirbelsäulenoperation.

Diagnostik

Die ausführliche Anamnese des Patienten mit Angaben zu Lokalisation, Dauer, Ausmaß und Charakter der Schmerzen ist von wesentlicher Bedeutung. Anschließend folgt die klinische Untersuchung bestehend aus Betrachtung der Haltung des Patienten, manueller Untersuchung, Funktions- und Bewegungsprüfung und einer orientierenden neurologischen Untersuchung. Bildgebende Verfahren wie Röntgenbilder und das Kernspintomogramm bilden eine weitere Ergänzung der Diagnostik. Um die Instabilität besser einzuschätzen, besteht die Möglichkeit der Durchführung von Röntgenfunktionsaufnahmen, bei denen sich der Patient nach vorne und hinten neigt.

Therapie

Die übliche konservative Behandlung von Rückenschmerzen und ist auch die Basis der Therapie der Spondylolisthesis. Hierzu gehören orale entzündungshemmende Schmerzmedikamente sowie die örtliche Infiltration von Betäubungsmitteln. Darüber

hinaus können im Rahmen der Physiotherapie Übungen zur Mobilisierung, Muskelkräftigung und -dehnung sowie in der Physikalischen Therapie Elektrotherapie und Balneotherapie (insbesondere Bewegungsbäder) angewendet werden

Bei fortgeschrittenem Wirbelgleiten sind je nach individuell vorliegendem Befund auch größere operative Eingriffe erforderlich. Soweit das Wirbelgleiten zu einer allgemeinen Instabilität und Gefügestörung der Wirbelsäule geführt hat sowie bei einer Einengung des Wirbelkanals und der Nervendurchtrittslöcher kann auch eine versteifende Operation angeraten werden. Dabei wird eine feste Verbindung eines oder mehrerer Bewegungssegmente oft mit Hilfe von Implantaten (z.B. einem Schrauben-/Stabsystem) erreicht. Dies kann je nach erforderlicher Region der Wirbelsäule in verschiedenen Techniken erfolgen.

Nachbehandlung/ Prognose

Nach einer größeren Operation stehen zunächst die Schonung und vorsichtige Mobilisation an erster Stelle. In diesen Fällen empfehlen wir die Durchführung einer stationären Reha-Massnahme erst 12 Wochen nach der Operation. Häufig kann die Nachbehandlung ohne zusätzliche Anwendung eines Korsetts erfolgen.

Autor: Felix Bachelier

