

Spondilolisteza kao posljedica sportskih aktivnosti

Dražen KVESIĆ

Poliklinika Arithera, Zagreb

Spondilolisteza je definirana kao pomak jednog kralješka u odnosu na kralježak ispod, a riječ je izvedenica grčkih riječi spondylos = kralježak iolisthesis = klizanje ili padanje. Spondiloliza je koštani defekt istmusa ili interartikularnog dijela kralješka i najčešći je razlog nastanka spondilolisteze.

Kada govorimo o spondilolistezi kao posljedici sportskih aktivnosti, gotovo isključivo govorimo o istmičkoj spondilolistezi, nastaloj radi spondilolize. Spondiloliza je posljedica stres-frakture interartikularnog dijela kralješka, koja se događa najčešće u dobi od 5-10 godina starosti, zbog učestale hiperekstenzije lumbalne kralježnice. Od ostalih uzroka spondilolisteze, u sportu je moguća prava, traumatska fraktura pars-interartikularisa ili pedikla kralješka. Daleko najčešća lokalizacija istmičke spondilolisteze je u segmentu L5/S1. Učestalost spondilolisteze je u općoj populaciji oko 4-5%. Kod sportaša je puno učestalija i to naročito u sportovima kod kojih je česta hiperekstenzija lumbalne kralježnice (atletičari, gimnastičari, dizači utega, veslači, hrvači, igrači američkog nogometa).

Mnoge su spondilolisteze asimptomatske cijeloga života i nađu se slučajno pri radiološkoj obradi zbog traume. Kod većine bolesnika prvi simptom je križobolja, sa ili bez širenja u glutealne regije. Bol je provocirana fizičkim radom a smiruje se nakon odmora u ležećem položaju. Kod spondilolisteza sa manjim stupnjem posmika obično nema radikularne simptomatologije, dok je ona česta kod jačeg posmika. Neurološka simptomatologija se odnosi na parestezije u dermatomima komprimiranih spinalnih korjenova i prigušene tetivne reflekse, dok je motorni deficit na donjim ekstremitetima izuzetno rijedak, osim u slučajevima traumatske spondilolisteze.

Većinu bolesnika sa istmičkom spondilolistezom niskog stupnja treba liječiti konzervativno. Bolesniku treba savjetovati ograničenje tjelesnog naprezanja i izbjegavanje aktivnosti koje provociraju bol. Uz analgetsku medikamentoznu terapiju i vježbe istežanja muskulature stražnje

lože natkoljenica cilj je aktivna stabilizacija kralježnice koja se postiže vježbama za jačanje paravertebralne i abdominalne miškulature. Nema dokaza o korisnosti ortoza u konzervativnom liječenju spondilolisteze.

Osobito je važno obratiti pažnju na mlade sportaše u rizičnim sportovima, koji se žale na bol u leđima. Tada treba učiniti odgovarajuću radiološku obradu i ukoliko se bolest dijagnosticira u fazi stres-frakture ili „aktivne“ spondilolize može se potpuno izliječiti konzervativnim mjerama.

Kirurško liječenje je indicirano kod svih simptomatskih pacijenata sa spondilolistezom 1. i 2. stupnja prema Meyerding-u, kod kojih konzervativno liječenje nije dalo rezultate, te kod spondilolisteza 3. i 4. st. prema Meyerdingu. Rijetke pacijente s neurološkim deficitom i s brzom progresijom spondilolisteze također treba kirurški liječiti.

Literatura:

1. Heady RF, Bono CM. Isthmic spondylolysis and spondylolisthesis. *Neurosurg Focus*. 2002;13(1).
2. Wiltse LL. Spondylolisthesis: classification and etiology. *Symposium on the spine. Am Orthop Surg*. 1969:143.
3. DeWald RL. Severe spondylolisthesis – Introduction. U: Harms J, Stürz H (ur.). *Severe spondylolisthesis*. Springer-Steinkopf: Darmstadt. 2002, str. 1-12.
4. Sutton JH, Guin PD, Theiss SM. Acute lumbar spondylolysis in intercollegiate athletes. *J Spinal Disord Tech*. 2012;25(8):422-5.
5. Iwamoto J, Sato Y, Takeda T, Matsumoto H. Return to sports activity by athletes after treatment of spondylolysis. *World J Orthop*. 2010;1(1):26-30.