**Gleitwirbel / Spondylolisthesis**

aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie

Eine **Spondylolisthesis**, umgangssprachlich ein **Wirbelgleiten** oder eingedeutscht eine **Spondylolisthese** genannt, ist eine Instabilität der Wirbelsäule, bei der das obere Teilstück der Wirbelsäule mit dem Gleitwirbel über den darunter liegenden Wirbelkörper nach [ventral](http://de.wikipedia.org/wiki/Ventral) (nach vorn) gleitet *(Ventrolisthesis oder Anterolisthesis)*. Im umgekehrten Fall spricht man von einer *Retrolisthesis*.

Oftmals ist die Spondylolisthese ein Zufallsbefund oder nur mit geringen Beschwerden verbunden[[1]](http://de.wikipedia.org/wiki/Spondylolisthesis#cite_note-1). Je nach Stärke des Wirbelgleitens können aber langfristig einzelne oder mehrere Nerven im [Spinalkanal](http://de.wikipedia.org/wiki/Wirbelkanal) eingeklemmt und gedehnt werden. Dies kann Nervenschäden verursachen und zum Funktionsausfall eines Nervs führen. Es können [Lähmungen](http://de.wikipedia.org/wiki/L%C3%A4hmung) auftreten, die sowohl die Beine als auch die Funktion von Blase und [Mastdarm](http://de.wikipedia.org/wiki/Mastdarm) betreffen. Gleichzeitig verschleißen [Bandscheibe](http://de.wikipedia.org/wiki/Bandscheibe) ([Bandscheibenvorfall](http://de.wikipedia.org/wiki/Bandscheibenvorfall)) sowie [Wirbelgelenk](http://de.wikipedia.org/wiki/Wirbelgelenk) ([Spondylarthrose](http://de.wikipedia.org/wiki/Spondylarthrose%22%20%5Co%20%22Spondylarthrose)) im entsprechenden Segment übermäßig, was teils starke Schmerzen verursachen kann[[2]](http://de.wikipedia.org/wiki/Spondylolisthesis#cite_note-2).

**Differenzierung nach Ursache und Schweregrad**

**Ursachen**

Die Spondylolisthesis kann verschiedene Ursachen haben, so sind aktuell (2007) nachfolgend gelistete Formen bekannt, von denen teilweise wiederum zwei Subtypen existieren:

* angeborene Formen (durch Fehlentwicklung oder Erbgut)
* erworbene Formen
* *degenerative* Form: Verschleißbedingte Veränderungen von Zwischenwirbelraum und/oder Wirbelgelenk lassen den Wirbelkörper abgleiten.
* *traumatische* Form: Eine verletzungsbedingte Fraktur außerhalb der Interartikularportion des Wirbelbogens führt zum Ventralgleiten des Wirbelkörpers.
* *pathologische* Form: Eine Knochenerkrankung führt zu verminderter Knochenfestigkeit in der Interartikularportion des Wirbelbogens und mit anschließender Fraktur somit zum Abgleiten des Wirbelkörpers.
* *postoperative* Form: Infolge einer Wirbelsäulenoperation können diverse Veränderungen im operierten Segment den Wirbelkörper abgleiten lassen.

**Schweregrade**

Man unterscheidet nach Meyerding (MD) vier Schwerestadien:

* MD I°: Versatz der Wirbelkörper zueinander um weniger als 25 % der Wirbelkörpertiefe,
* MD II°: Versatz um 25–50 %,
* MD III°: Versatz um 50–75 %,
* MD IV°: Versatz um mehr als 75 %.

Haben die Wirbel den Kontakt zueinander verloren und gleitet der obere frei nach vorne-unten, spricht man von einer *Spondyloptose* (MD V°).

**Diagnostik**

Üblicherweise handelt es sich um einen Zufallsbefund im Röntgenbild. Bei Rückenschmerzen mit ausstrahlenden Beschwerden in die Beine kann ein Röntgenbild in zwei Ebenen der Lendenwirbelsäule angefertigt werden.

Position und Haltung des Betroffenen haben bei der Diagnosestellung einen Einfluss. Ein Wirbelgleiten kann unter Umständen nur bei bestimmten Bewegungen auftreten, daher ist es bei Verdacht sinnvoll, dass Funktionsaufnahmen durchgeführt werden. Dabei handelt es sich um zwei zusätzliche Röntgenbilder im Stehen in Vorbeugung und in Rückneigung.

Mit der CT oder MRT kann die [Anatomie](http://de.wikipedia.org/wiki/Anatomie) detailliert dargestellt werden, jedoch kann der Schweregrad unterschätzt werden. Das MRT ist besonders gut für die Beurteilung der Bandscheiben und der Nerven geeignet. Das CT ist bei fraglichen Fällen besonders gut geeignet, den knöchernen Defekt (Spondylolyse) zu beweisen oder auszuschließen.

* 

Bild 3: Wirbelgleiten L5/S1, Stadium 2-3, MR Sagittalschnitt, Rückenmarkskanal frei.

* 

Bild 4: Das [Nervenaustrittloch](http://de.wikipedia.org/wiki/Foramen_intervertebrale) L5 ist eingeengt.

**Bild 3** zeigt ein Wirbelgleiten L5/S1 seitlich im [MR](http://de.wikipedia.org/wiki/Magnetresonanztomografie). Die Wirbel sind um 18 mm versetzt (Stadium 2–3). Die Bandscheibe ist deformiert, der Bandscheibenraum L5/S1 höhenreduziert. Der Rückenmarkskanal ist erweitert. Dies ist typisch für eine "echte" Spondylolisthesis.

**Bild 4** stammt aus derselben Untersuchung wie Bild 3. Es zeigt eine [Foramen](http://de.wikipedia.org/wiki/Foramen_intervertebrale)-[Stenose](http://de.wikipedia.org/wiki/Stenose), die mit der Spondylolisthese im Zusammenhang stehen kann. Der [Spinalnerv L5 (gelber Kreis) wird dadurch angehoben](http://de.wikipedia.org/wiki/Wurzelkompressionssyndrom); dadurch können starke Beschwerden im Versorgungsgebiet dieses Nerven erklärt werden.

**Behandlung**

Es gibt derzeit keine gültige Leitlinie für die Behandlung der Spondylolisthese. Es wird nach Studienlage oder persönlicher Erfahrung des behandelnden Arztes vorgegangen. Üblich ist eine die Rückenmuskulatur kräftigende, eine [Lordose](http://de.wikipedia.org/wiki/Lordose) vermindernde Rückengymnastik.

Wesentlich für die Therapieentscheidung ist die Feststellung, ob es sich um eine echte Spondylolisthesis mit Spondylolyse oder um eine Pseudospondylolisthesis z. B. mit begleitender [Spinalkanalstenose](http://de.wikipedia.org/wiki/Spinalkanalstenose) handelt.

**Nicht operative Therapie**

Wegen der unklaren Studienlage sollte zunächst nicht operativ vorgegangen werden.

Neben Schmerzmitteln kann auch eine Schmerzbehandlung mittels [Infiltrationstherapie](http://de.wikipedia.org/wiki/Infiltrationstherapie) oder [PRT](http://de.wikipedia.org/wiki/Periradikul%C3%A4re_Therapie) erfolgen. Auch medizinische [Massagen](http://de.wikipedia.org/wiki/Massage) können schmerzlindernd wirken. Die Gabe von Muskelrelaxantien hat keinen positiven Effekt.

In einigen Fällen ist eine Rumpf[orthese](http://de.wikipedia.org/wiki/Orthese) geeignet, die Beschwerden zu lindern. Eine Stabilisation der Muskulatur durch [Physiotherapie](http://de.wikipedia.org/wiki/Physiotherapie) kann hilfreich sein.

**Operative Behandlung**



Bild 5: Spondylodese L5-S1 seitlich (Behandlung des Wirbelgleitens von Bild 3, 4.)

Eine operative Therapie kann erwogen werden, wenn

* die Schmerzen konservativ nicht beherrscht werden können,
* das Wirbelgleiten in kurzer Zeit stark zunimmt,
* muskuläre Ausfälle auftreten oder
* ein Harnverhalt bzw. eine Stuhlinkontinenz auftritt.

Der [Chirurg](http://de.wikipedia.org/wiki/Chirurgie) versucht bei der Operation z. B. den Wirbelkörper an die ursprüngliche Position zurückführen und anschließend zu verblocken ([Spondylodese](http://de.wikipedia.org/wiki/Spondylodese%22%20%5Co%20%22Spondylodese)). Dieser größere Eingriff wird üblicherweise über einen vorderseitigen ([ventralen](http://de.wikipedia.org/wiki/Ventral)) oder einen rückwärtigen ([dorsalen](http://de.wikipedia.org/wiki/Anatomische_Lage-_und_Richtungsbezeichnungen)) Wirbelsäulen-Zugang und in einer oder in zwei Sitzungen durchgeführt. Ob eine Operation wirklich erforderlich ist und welches Verfahren angewendet wird, hängt jedoch von der Symptomatik ab und wird vom behandelnden Arzt festgelegt.

Es besteht neben den grundsätzlichen OP-Risiken zusätzlich das Risiko einer Nervenverletzung durch die eingebrachten Schrauben, sowie das Risiko einer postoperativen Narbenbildung, die unter Umständen stärkere Schmerzen verursachen können als die Grunderkrankung. Diese Komplikationen werden zusammengefasst als *Failed back surgery*-Syndrome.