

# Istmická spondylolistéza

prof. MUDr. Vladimír Mihál<sup>1</sup>, CSc., MUDr. Kamila Michálková<sup>2</sup>, MUDr. Petr Kamínek, Ph.D.<sup>3</sup>,  
MUDr. David Krahulík, Ph.D.<sup>4</sup>, MUDr. Mária Velgáňová<sup>1</sup>

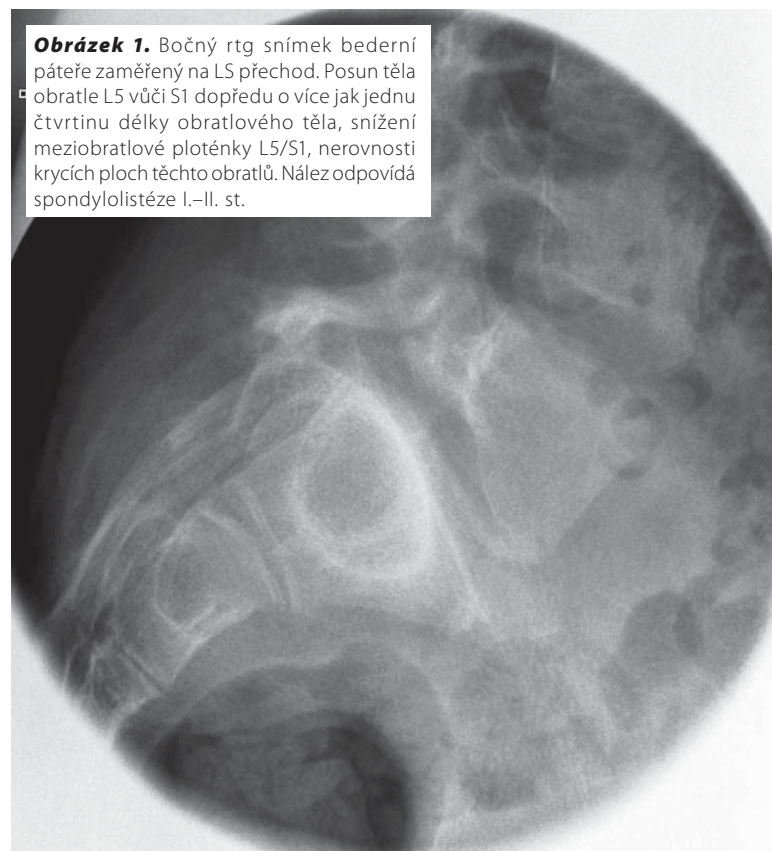
<sup>1</sup>Dětská klinika LF UP a FN v Olomouci

<sup>2</sup>Radiologická klinika LF UP a FN v Olomouci

<sup>3</sup>Ortopedická klinika LF UP a FN v Olomouci

<sup>4</sup>Neurochirurgická klinika FN v Olomouci

Pediatr. pro Praxi 2011; 12(1): 53



**Obrázek 1.** Boční rtg snímek bederní páteře zaměřený na L5 přechod. Posun těla obratle L5 vůči S1 dopředu o více jak jednu čtvrtinu délky obratlového těla, snížení meziobratlové ploténky L5/S1, nerovnosti krycích ploch těchto obratlů. Nález odpovídá spondylolistéze I.–II. st.



**Obrázek 2.** MR LS páteře, T1 vážená sekvence, sagitální projekce. Tělo obratle L5 je posunut ventrálně, jeho dolní hrana je protažená dorzálně, dolní krycí ploténka L5 a horní krycí ploténka S1 jsou nerovné, meziobratlová ploténka je zúžená, mírně vyklenutá do páteřního kanálu, který je zúžený.

Istmická spondylolistéza je označení pro patologický stav páteře, který se projevuje posunem obratlového těla vzhledem k sousednímu kaudálně ležícímu obratlovému tělu směrem ventrálním. Název vznikl složením dvou řeckých slov „spondylos“ – obratel a „olisthaneninos“ – posunout. Často se vyskytuje zejména v segmentu L5-S1. Velikost skluzu se uvádí v procentech a jeho tíže se dělí podle Meyerdinga do 4 resp. 5 stupňů. Její incidence ve věkové skupině do 6 let věku se udává 4,4%, v dospělosti je vyšší 5,8%. Spondylolýza je velmi vzácná u dětí mladších 5 let. Klinické příznaky spondylolistézy se málokdy objevují již v dětském věku, ale obvykle s kratší nebo delší latentí až v adolescenci nebo v dospělosti. Pacient přichází obvykle pro bolesti v zádech, někdy doprovázené neurologickou symptomatologií. Obvykle pátráme po rodinném výskytu. Další klinické vyšetření se provádí až po rentgenovém vyšetření, které je obecně primárně indikováno u všech bolestí v zádech. Orientační neurologické

vyšetření prokáže pouze hrubší deficit, při výraznějších obtížích je doporučené vyšetření neurologem a/nebo neurochirurgem. Spondylolistéza s nízkým gradientem skluzu má obvykle benigní klinický průběh bez ohledu na věk pacienta. Progrese skluzu pozorujeme v dospívání v rámci růstového spurtu (u méně než 4% případů). Dětská a dospívající pacienti s nízkým gradientem skluzu bývají asymptomatictí a vyžadují obvykle pouze observaci. Doporučujeme jim, aby vynechali všechny kontaktní sporty, zejména gymnastiku, při které dochází k lumbální hyperextenzi. Pokud jsou přítomny neurologické příznaky s kořenovou symptomatologií, vystačíme u mnoha pacientů pouze s konzervativní léčbou (úprava režimu fyzických aktivit a cílený rehabilitační program zaměřený na kompenzaci svalového korzetu trupu a bederní oblasti). Nemá-li konzervativní postup adekvátní odezvu, indikujeme operační řešení.

My jsme istmickou spondylolistézu pozorovali jako náhodný nález u 16letého chlapce,

kteř byl hospitalizován z důvodu doplňujících vyšetření (lumbální punkce) a zahájení antibiotické léčby lymfské nemoci. Protože si chlapec stěžoval delší dobu na bolesti zad a dolních končetin, provedli jsme i rentgenové vyšetření páteře a následně magnetickou rezonanci (obrázky 1 a 2). Klinicky byla naznačena hyperlordóza. Neurotopický nález byl negativní. Byla prokázána spondylolistéza v L5-S1 segmentu se skluzem 25 % (I.–II. stupeň). Byla mu doporučena rehabilitace axiálního svalstva, kontrolní vyšetření pomocí MR za 6–12 měsíců.

Článek přijat redakcí: 17. 1. 2011

Článek přijat k publikaci: 1. 2. 2011

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN  
Puškinova 5, 775 20 Olomouc  
vladimir.mihal@fnol.cz

