

اسپوندیلولیستریس

معرفی يك مورد نادر

دکتر حسین نیک نفس

سابقه تاریخی :

لغزش مهره چهارم یا پنجم کمری بر روی مهره پائین تر از خود را اولین بار Herbineaux در قرن هیجدهم میلادی در فرانسه شرح داد و بوسیله "روکیانسی" در کتاب پاتولوژی خود، که در سال ۱۸۳۹ در وین بچاپ رسید، کیفیات پاتولوژی آن آمده است. بعداً Kilian در سال ۱۸۵۴ مفصلاً "بیماری را توصیف کرد. اما ۳۰ سال بعد بیماری توسط Franz Ludwig Neugebauer (۱۹۱۴ - ۱۸۵۶) از نظر کلینیکی مورد توجه قرار گرفت. او در آن هنگام در بیمارستان Evan Gelical ورشوکار میکرد. این شخص گزارش بیماران خود را از سال ۱۸۸۲ به بعد بچاپ رسانید و نام جدید این بیماری را برای اولین بار او بکار برد.

Neugebauer متوجه شده بود که علت بیماری بر اثر فقدان چیزی در لامینای مهره لغزنده شده میباشد، و عقیده داشت که این اختلال در اثر نارسائی در حوش خوردن بین مراکز استخوانی سازنده قسمت خارجی قوس مهره‌ای میباشد.

اسپوندیلولیستریس بیماری‌ئی است که همیشه باعث اعجاب جراح ارتوپد و تمام کسانی که با ضایعات ستون فقرات کمری سروکار دارند میشود.

Spondylo به معنی مهره است و Olisthesis

معنی لغزش در یک مسیر لغزنده را میدهد، بنابراین بطور کلی این بیماری نشاندهنده لغزش بطرف جلوی یک مهره در روی مهره پائین تر از خود میباشد. هنگامیکه برای اولین بار بیماری شرح داده شد چنین تصور میشد که تمام عوامل مهره در روی مهره زیر خود بطرف جلو می‌لغزد. بعداً معلوم گردید که - لاقط در بیماران جوان - مهره از ایستم خود جدا شده و بطرف جلو رانده میشود.

دریک نوع مخصوص از بیماری که برای اولین بار بوسیله

Junghanns شرح داده شد و امروزه بنام پسودواسپوندیلولیستریس ژنراتیونا میده میشود، مهره از ایستم خود جدا نمی‌شود، بلکه تمام قسمت‌های مهره، که شامل عوامل خلفی مهره‌ای هم میباشد بطرف جلو رانده میشوند.

طبقه بندی :

MaC Nab , Newman , Wiltse

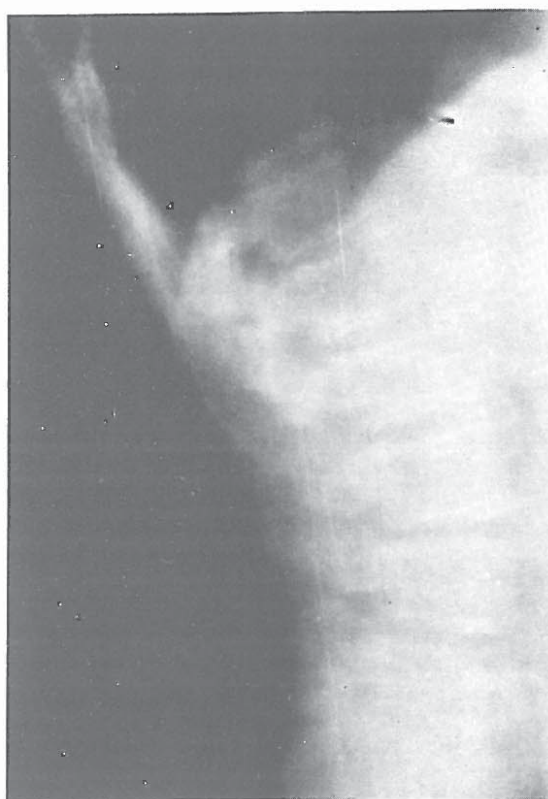
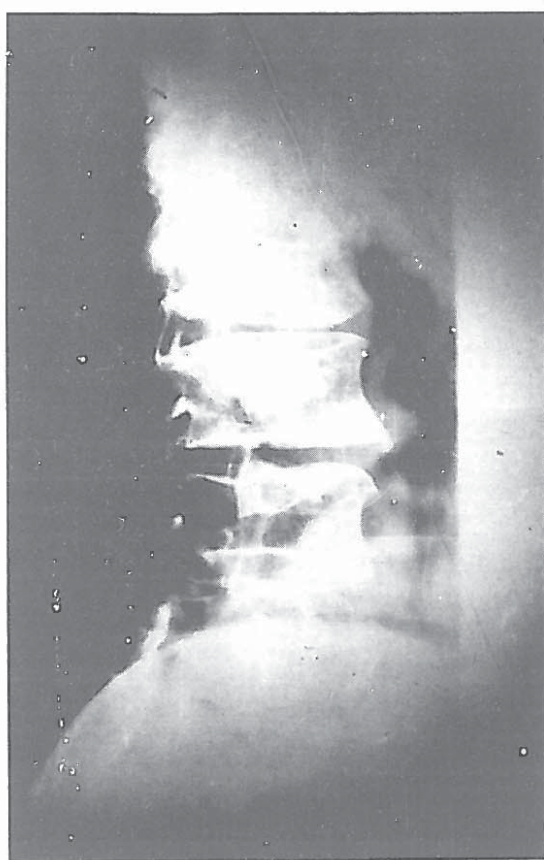
این بیماری را به دسته های زیر تقسیم می کنند :

۱ - شکل دیسپلاستیک : در این شکل ناهنجاری مادرزادی قسمت فوقانی ساکروم یا مهره پنجم کمری موجود است که اجازه لغزش مهره را میدهد .

۲ - فرم Isthmic ضایعه در Pars Inter-articularis میباشد .

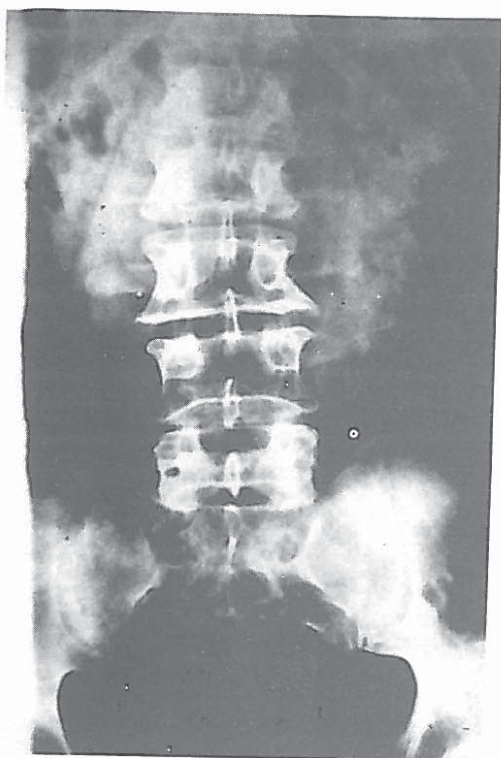
خود این گروه به سه دسته قابل تقسیم هستند :

- الف - نوع شکستگی Lytic-Fatigue زایده Pars .
 ب - Pars طولیل شده است اما شکستگی در آن وجود ندارد .
 پ - شکستگی حاد در Pars .
 ۳ - شکل دژنراتیو : که در اثر ناشیاتی طولانی بین سگماهای مهره ای میباشد .
 ۴ - شکل تروماتیک : در اثر شکستگی در سایر قسمت های قلاب استخوانی مهره به غیر از ناحیه Pars .
 ۵ - شکل پاتولوژیک : وجود بیماری استخوانی ژنرالیزه یا لوکالیزه .

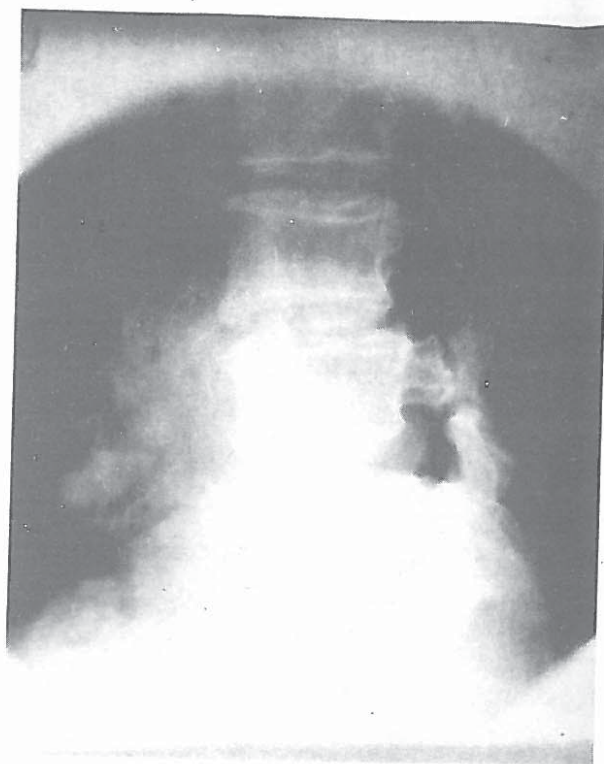


شکل شماره (۱) : در این تصویر رادیوگرافی نیم رخ دورسولومبوساکرال نشان دهنده اولیستزیس در سه سطح میباشد . جالب توجه است که L5 در سطح قدامی دارای خوردگی بوده که بنظر پنهان می آید . این پنهان در مهره های دیگر هم واضح است ولی شدت این مهره نیست .

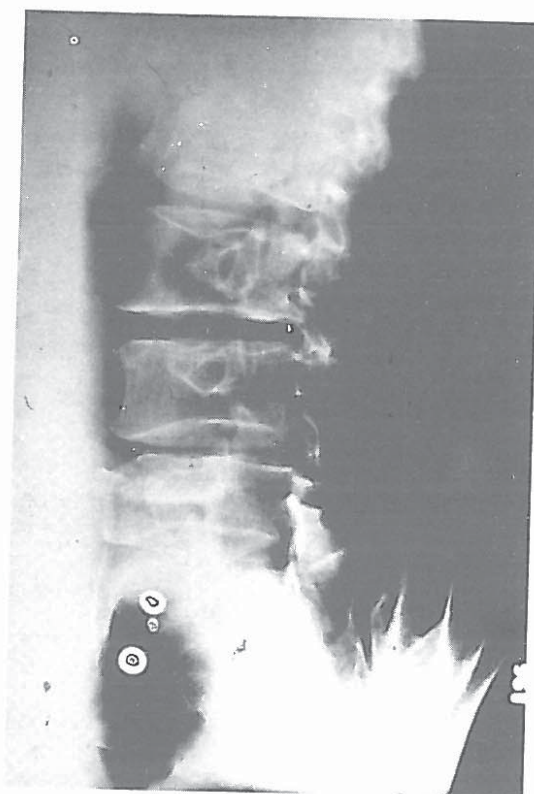
شکل شماره (۲) : رادیوگرافی ابلیک ۴۵ درجه بوده که سوراخهای بین مهره ای را بخوبی نشان میدهد و تغییرات استئوآرترمیتیک در آن بصورت Lipping کنار مهره ای مشخص است .



شکل شماره (۴) : تصویر پرتونگاری قدامی - خلفی مختصر اسکولیوزستون فقرات لومبر و تغییرات ثانویه استئوآرتروز در L3 کاملاً آشکار است .



شکل شماره (۳) : رادیوگرافی لوکالیزه ناحیه لومبر که علاوه بر نشان دادن اولیستزیس دردومهره مجاور دیگر گونیهای تروفیک L5 در آن واضح است .



شکل شماره (۵) : رادیوگرافی ابلیک " ۴۵ درجه راست " که نشاندهنده تغییرات L5 در اولیستزیس سطحهای مختلف میباشد .

Farfan عقیده دارد که شکستگی‌های بسیار کوچک

درهم فرورفته زوائد خلفی مفصلی مهره هستند که بطرف جلو می‌لغزند و بعلت این کیفیت استخوان، زوائد مفصلی قیافه مخصوصی بخود گرفته و شباهتی به استخوان بیماران در بیماری پاژه استخوانی پیدامی‌کند. بهمان نسبت که لغزش پیشرفت میکند زوائد مفصلی مسیر خود را تغییر داده و بیشتر بحالت افقی درمی‌آیند.

این شکل دژنراتیو، چهار برابر بیشتر در زنها دیده میشود تا در مردها و مهره L4 در اکثر موارد گرفتار است. در سیاهان بیماری بیشتر از سفیدان دیده میشود.

چنین تصور میشود که علت مساعد کننده در این حالت وجود مفاصل لومبوساکره مستقیم میباشد که باعث افزایش استرس بر روی مفصل بین مهره‌ای شده و ایجاد -Decompensation سگمانه‌های کندک در نتیجه باعث ایجاد هبیرمو-بیلیت و دژنراسی در زوائد آرتیکولر میشود، که خود این کیفیت، لغزش بطرف جلو را باعث میشود. این شکل از بیماری در سنین قبل از ۴۰ سالگی دیده نشده است.

در فرم تروماتیک بیماری که معمولاً "نسبت به ضایعات حاد وارده بدن ثانوی است، شکستگی در قلاب استخوانی مسئول نگهداشتن مهره‌ها در جای خود را باعث میشوند، اما شکستگی در Pars نیست. این شکستگی باعث میشود که مهره ضایعه دیده بر روی مهره زیر خود، بطرف جلورانده شود. در شکل پاتولوژیک یک بیماری لوکالیزه یا ژنرالیزه استخوانی وجود دارد که در قلاب استخوانی نگهدارنده مهره، که شامل پدیکولها Pars و زوائد فوقانی و تحتانی آرتیکولر هستند، اثر گذاشته و مانع از این میگردد که این عوامل بتوانند مهره را در جای خود نگهدارند و لغزش یا Olisthesis آنرا باعث میگردند.

از بیماریهای ژنرالیزه استخوانی میتوان بیماری آلبرت شونبرگ، بیماری Arthrogyrosis بیماری پاژه و سیفیلیس استخوانی را نام برد.

از بیماریهای لوکالیزه استخوانی میتوان از اسپوندیلیت نام برد، که در اینحال شکستگی Pars در انتهای فوقانی محل چسبندگی مهره به این زائده موجود است. این نوع شکستگی از نوع Fatigue میباشد، اما سایر عوامل مانند ضایعات وارده به Pars هم ممکن است از عوامل موثر باشد.

مکانیسم ایجاد بیماری :

سه مکانیسم اصلی ممکنست باعث اختلال در Neural Arch شوند که میتواند تواءم با جابجایی تنه مهره باشد

در شکل دیسپلاستیک معمولاً "یک دیسپلازی مادرزادی در قسمت فوقانی ساکروم یا قوس عصبی مهره پنجم کمتری وجود دارد. بعلت این دیسپلازی قدرت کافی وجود ندارد، فشار بطرف جلو را تحمل نماید و آخرین مهره آزاد کمتری بتدریج در روی مهره پائین تر از خود لغزیده و جلو کشیده میشود. ممکن است Pars Interarticularis بدون هیچ تغییری باقی بماند. این لغزش اگر بیش از ۲۵٪ بطرف جلو باشد باعث پارالیزی رشته های دم اسب خواهد شد. بهرحال غالباً Pars یا طویل میگردد یا از هم جدا میشود.

در فرم Isthmic ضایعه اصلی در Pars Interarticularis میباشد. دگرگونیهای ثانوی مانند تغییر شکل مهره پنجم کمتری ممکن است دیده شود که علت اساسی اتیولوژی نخواهد بود.

در نوع لیتیک این فرم، علت جدا شدن یا بهم خوردن کیفیت Pars میباشد. معمولاً "علت ایجاد بیماری یک شکستگی Fatigue (شکستگی در اثر خستگی عضو) میباشد. این شکل همه گیرترین شکل در افراد کمتر از سن ۵۰ میباشد. از نظر آماری این فرم بندرت در سنین کمتر از ۵ سال دیده میشود.

علت ایجاد شکستگی را نمیتوان دقیقاً "بیان کرد و معلوم نیست که شکستگی Pars بعلت خمیدگی یا کشش ایجاد میشود. باید یادآور شد که این کیفیت در حیوانات بهیچوجه دیده نمیشود و در انسان، علت ایجاد آن بخاطر لوردوز حقیقی ستون فقرات کمتری میباشد.

در شکل طویل شدن Pars بدون جدا شدن آن شبیه فرم بالا است. مؤلفین عقیده دارند که شکستگیهای بسیار کوچک میکروسکوپی در Pars اتفاق می افتد که خود به خود جوش خورده و بهمان نسبت که تنه مهره پنجم کمتری بطرف جلو رانده میشود این زائده هم طویلتر می گردد.

در شکل شکستگی حاد Pars این حالت معمولاً "همیشه به ترومای شدید ثانوی است. ممکن است لغزیدن مهره وجود داشته باشد ولی اکثر اوقات شکستگی Pars با اسپوندیلیت توأم است.

این شکستگی نه از نوع Fatigue که از نوع حادث است، اما تشخیص بین این دو حالت بسیار مشکل است. در شکل دژنراتیو علت آن بی ثباتی دراز مدت بین سگمانی مهره ای میباشد. در این حالت زوائد مفصلی ناحیه مبتلا تغییر شکل داده اند.

بعلت رشد سریع ، نمیتواند در وضعیت دلخواهی قرار داشته باشد .

همه‌گیرترین محل برای ایجاد ضایعه در L5-S1 و بعد از آن با شیوع کمتری در L4 میباشد . علت اینکه ضایعه بیشتر در این محل بروز میکند در اینست که این ناحیه Dynamic Segment ستون فقرات کمری خاجی است و محل اصلی حرکات میباشد ، و در ضمن محلی است که بصورت کمک‌فتر تحمل نیروهای وارد بر ستون فقرات را مینماید ، بر اساس آزمونهای پرتونگاری همه‌گیری بیماری بین ۲ تا ۵ درصد کل جمعیت میباشد .

بطور کلی نیمی از بیماران با اسپوندیلولیتیزیس که از راه پرتونگاری تشخیص آنها داده شده است درد ندارند ، نیمی دیگر بین دهه دوم تا چهارم زندگیشان دچار ناراحتی میشوند که بصورت درد کمر بطور لوکالیزه در محل Olisthesis آنها میباشد و گاهی در مسرسیاتیک این درد انتشار مییابد . درد بیماران بیشتر بعلت وارد شدن ضربه ، حرکت ناگهانی و بلند کردن وزنه شروع میگردد .

ممکن است کنتراکتور عضلات پاراسپینال ، از بین رفتن یا مخصوصاً " افزایش لوردوز فیزیولوژیکی ستون فقرات کمری و گاهی توام با اسکلیوز " درجه ۱ " و دردناک بودن ستون فقرات در حال حرکت همراه علائم دیگر بیمار باشد . ممکن است یک حالت پله‌مانندی در بالاترین نقطه اسپوندیلو-لیستیزیس در پشت بیمار ایجاد شده باشد . اختلالات نورولوژیکی بندرت دیده میشود ، حتی اگر هم وجود داشته باشد از دست رفتن قدرت عضلانی بصورت بسیار خفیفی خواهد بود ، اما درد بیمار بسیار شدید است ولی مدت زیادی درد با بیمار نخواهد بود .

درمان :

الف - درمان بدون جراحی " کنسرواتیو "

- ۱ - بیماران که اسپوندیلولیتیزیس بدون نشانه‌کلینیکی دارند : معمولاً " تشخیص از طریق پرتونگاری داده شده است و چون ممکن است هنگام کار کردن ، بعلت حرکات کمر یا فشار وارد بر آن در آتیه دچار درد شوند بهتر است با ورزشهای مخصوص عضلات پاراسپینال آنها را قوی ساخت .
- ۲ - بیماران که درد خفیف تا متوسطی دارند : اکثر این بیماران با درد و گاهی حساسیت موضعی مراجعه میکنند . در این بیماران باید سه کار اساسی انجام داد :
از بین بردن حالت هیجانی بیمار ، درمان سریع در آنها و

یانباشد . این سه مکانیسم عبارتند از Flexion Overload (تحمل وزن فوق‌العاده در حالت خمیدگی) ، وارد شدن نیروی غیرمتعادل که باعث پارگی لیگمان میگردد ورتاسیون یا چرخش با فشار وارده با قدرت زیاد بر ستون فقرات ، ممکن است تمام این سه عامل همزمان با هم وارد شوند . از این سه نیرو ، مکانیسم پارگی لیگمان بیش از همه بر روی ستون فقرات کمری و Neural Arch اثر میگذارد . علاوه بر اثر Olisthesis یا لغزش مهره‌ای میتواند ایجاد Lysis قسمت Pars را هم بکند . در شرایط عادی مفصل بین مهره‌های L5-Ls1 از همه بیشتر تحمل فشار را می‌کند ، بنابراین مفصلی است که در مرحله اول خطر قرار دارد . اما در مواقعی که موانعی مانند کیفیات مانع از چرخش مهره‌ای در کار باشد در اینحال فشار وارده بر مهره بالاتر از آن اثر خواهد گذاشت . در حالیکه زائده عرضی بلند این دو مهره ممکن است که مفصل را از خطر چرخش رهائی بخشد ، ولی هیچ دلیلی وجود ندارد که مانع از اثر چرخشی بر روی مهره بالاتر از این مفصل باشد . بطور کلی جابجائی قدامی در اسپوندیلولیتیزیس پدیده‌ایست که بکندی پیشرفت میکند ، عواملی که باعث پارگی در قسمت قدام مهره میگرددند بر اثر ورود نیرو بر ستون فقرات ، درست در بالای قسمت ضایعه میباشد که این نیروها بعلت فعالیت در عضلات ستون فقرات و تنه و اثرات حرکتی عضلات ایجاد میگرددند .

معمولاً " در ابتدا بعلت مقاومت Annulus Fibrosus کمپرسیون فاست‌های مهره‌ای در مفاصل اپوفیزیال و بعلت فشار در طبقات قدامی طرفی استخوانهای کورتیکال Pars interarticularis پارگی ایجاد نشده و جلوی آن گرفته میشود . این اعمال باعث بی‌حرکتی قسمتی از ستون فقرات در مراحل اولیه اسپوندیلولیتیزیس میباشد .

سن ، رشد و همه‌گیری :

تا آنجائیکه اطلاعات پزشکی فراهم شده نشان میدهد ، هنوز بیماری اسپوندیلولیتیزیس در هنگام تولد دیده نشده است . زودترین سن برای ایجاد این بیماری بین ۱۸ ماهگی تا ۱۰ سالگی میباشد . بنابراین بنظر میرسد که ارتباطی بین اسپوندیلولیتیزیس و سن ، رشد و وضعیت مخصوص ستون فقرات در انسان موجود است . باید یادآور شد که درجه Olisthesis و لغزش مهره‌ای در بین سنین ۱۰ تا ۱۵ سالگی از همه سریعتر است ، چون در این سنین رشد سریعترین وضعیت خود را دارد . وضعیت ستون فقرات هم

بازگرداندن هرچه زودتر آنها به سرکار و شغلشان .
 ۳ - بیمارانی که درد کم‌شدید دارند ؛ اکثر این بیماران بعلت درد شدید قادر بحرکت وانجام کاری نمیشاند . معمولاً " اختلالات نورولوژیکی وجود ندارد و از دست دادن قدرت عضلانی ندرتا " ممکنست دیده شود .
 در این بیماران استراحت مطلق و داروهای ازبین‌برنده درد بهترین درمان است که میتواند از ۳ تا ۱۵ روز ادامه یابد . بعد از این مدت در صورتیکه حال بیمار رو به بهبودی باشد باید درمان فیزیوتراپی بصورت حرارت عمقی ، ورزشهای کم‌ری برای قدرت دادن به عضلات پاراسپینال را شروع نمود .
 بارداری در خانمی که از اسپوندیلولیس تیز رنج میبرد مسئله مشکلی را ایجاد میکند . بشرطی که درجه درد ناراحتی بیمار قابل تحمل باشد ، میتواند بارداری و زایمان زمان طبیعی خود را ادامه داده و کاملاً " بی‌خطر باشد . اما اگر درد شدید باشد در اینحال باید بیمار برای مدت زیادی به پشت خوابیده و در هنگام زایمان سزارین گردد .

ب - درمان جراحی :

در این دسته درمانهای جراحی در اطفال و بالغین جداگانه بحث خواهد شد .
 اسپوندیلولیس تیز یکی از همه‌گیرترین علل کم‌درد و سیاتیک در کودکان میباشد . شیوع اسپوندیلولیس تیز در بچه‌های بین ۱ تا ۱۲ ساله بین ۱/۸۷ تا ۴/۵ درصد گزارش شده است .
 معمولاً " نشانگان بیماری آنقدر شدید میباشد که جراحی لزوم می‌یابد .

لزوم عمل جراحی در کودکان شامل درد کم‌مقاوم و سیاتیک میباشد که به درمانهای طبی بهیچوجه جواب ندهند . در صورتیکه در اینکه لغزش مهره‌ای در حال پیشرفت است شک وجود داشته باشد باید بیمار را در عرض سال ۲ بار مورد آزمون پرتونگاری قرار داد ، و در صورتیکه سرخوردگی مهره بیش از ۳۰ درصد باشد - حتی در صورت بدون درد بودن - باید جراحی را انجام داد .

بهترین تکنیک Posterior Fusion میباشد که خود روشهای متعددی دارد و نتایج بدست آمده با تکنیک‌های دیگر از قبیل Anterior Fusion یا Postero-lateral Fusion در گروههای متعدد تقریباً یکسان بوده است . اما بعضی از مولفین عقیده دارند که Postero Lateral Fusion بر Posterior Fusion برتری دارد .

بهبود تکنیک‌های دیگری هم وجود دارد که متأسفانه از حوصله این مقاله خارج است و ذکر آن باعث طول کلام خواهد شد .
 در شکل دژنراتیو بیماری که بیشتر در خانمها دیده میشود و اکثراً " در نیمه دوم عمر آنها بیشتر است و علت آن

در افراد بالغ بطور کلی درمان کنسرواتیو باید انجام گیرد ، مگر مواقعی که حالات ویژه‌ای ایجاد شود که درمان جراحی را لازم شود . این حالات عبارتند از درد دائمی که به درمانهای کنسرواتیو جوابی ندهد ، افزایش لغزش مهره‌ای که در پرتونگاریهای کنترل بخوبی واضح باشد ، وجود سندرم فشار بر روی رشته‌های عصبی و سندروم استنوزستون فقرات .
 در فرم دیسپلاستیک بیماری که در حقیقت میتوان آنرا شکل مادرزادی هم نامید ، لزوم عمل جراحی شامل وجود درد شدید یا اختلالات نورولوژیک میباشد . میلوگرافی محل ضایعه را نشان میدهد . هدف از عمل جراحی دکمپرسیون eauda Equina و کوتاه کردن مسیر آن بین چهارمین قوس عصبی و کنارخلفی تنه اولین مهره خاجی میباشد .
 بهیچوجه در افراد بالغ نباید سعی کرد که دفورمیتی بعلت لغزش مهره‌ای را اصلاح نمود .
 در فرم Isthmic که همه‌گیرترین شکل بیماریست و نارسائی Pars وجود دارد - که حتی ممکنست لغزش مهره بطرف جلو وجود نداشته باشد و بهمین جهت بعضی از مولفین نام Spondylolysis را بیشتر قبول دارند - لازم را در مورد عمل جراحی بعمل آورد . اعمال جراحی در این شکل از بیماری در زیر توضیح داده میشود :

۱ - ترمیم مستقیم محل ضایعه که بیشتر در مورد بالغین در دهه دوم تا پنجم زندگانی بکار میرود ، و این در صورتیست که Lysis خفیف زائده Pars وجود داشته باشد و جابجائی مهره‌ای هم بیش از ۵ میلیمتر نباشد .
 ۲ - Postero Lateral Fusion
 در مواردیکه Lysis زائده Pars شدید باشد ، باید از این روش استفاده کرد که نتایج بسیار خوبی هم دارد .
 ۳ - Anterior Fusion در بسیاری از کلینیک‌های جهان این شکل عمل دیگر انجام نمی‌شود ، که شاید علت این باشد که افزایش عوارض این نوع عمل در دست جراحانی که زیاد باین تکنیک وارد نیستند باعث ایجاد این فکر شده است که در مورد بیماری‌ئی که نه خطرناک است و نه کشنده چرا تکنیکی بکار برده شود که بعداً " خطرات زیادی برای بیمار ایجاد کند . اما اگر این تکنیک توسط جراح ماهر انجام گیرد نتایجش بسیار رضایتبخش و عوارض حداقل خواهد بود .

در حالت اسپاسم بودند و در ستون فقرات حالت انقباض را بوجود آورده‌اند .

پرتونگاریه‌های متعدد وجود اسپوندیلولیزتیز را در سه سطح $(L_4-S_1, L_4-L_5, L_3-L_4)$ آشکارا نشان می‌دهد . Olisthesis در مهره L_5 به خوبی واضح است ، ولی بقیه مهره ها لغزش روشنی را نشان نمی‌دهند . همانطوریکه در قسمت اول مقاله آمده است معمولا " بیماری در یک سطح اتفاق می‌افتد و بندرت دیده شده است که در دو سطح دیده شود . اما تابحال بیماری در سه سطح گزارش نشده و اگر گزارش شده باشد هنوز در دسترس نگارنده قرار نگرفته است .

از نظر طبقه بندی میتوان نوع بیماری را از شکل Isthmic در نظر گرفت که در آن شکستگی Pars Lytic بخوبی واضح است ولی آیا شکستگی از نوع حاد یا Lytic Fatigue میباشد ، بسیار مشکل است که آنرا افتراق داد .
بیمار به درمانهای طبی بخوبی جواب داده است و فقط گاهیگاهی از درد کم شکایت دارد .

Zygapophysial مفصل در نتراتیو مفصل میباشد . در ۸۰ درصد موارد محل ضایعه در L_4-L_5 است . در این شکل از بیماری دخالت جراحی بندرت لازم میشود و جراحی در این دسته از بیماران که دارای درد دائمی کمردون جواب بدرمانهای طبی - در بیماران زیر سن ۶۰ سال - وجود سیاتیک دائمی علاوه بر کمردرد و بالاخره سندرم استنوز نخاع شوکی می‌باشند ، لزوم می‌یابد . در صورتیکه نشانگان عصبی وجود نداشته باشد فقط Posterior Fusion کافی است . در صورت وجود علائم عصبی ، رفع فشار و بدنبال آن Fusion بهترین راه درمان جراحی خواهد بود .

معرفی بیمار

بیمار آقای " ن . س . " ۳۶ ساله ، با سابقه ۳ سال درد کمردرد اولین بار هنگامیکه قصد بیرون آوردن اتوموبیل خود را از گودالی داشته در کمردرد خود احساس درد می‌کند که بتدریج بدتر شده است . هیچ سابقه قبلی ضربه ، تصادف یا درد کمردرد را ذکر نمی‌کند . در معاینه بیمار بهیچوجه نشانگان عصبی دال بر سیاتیک وجود ندارد ولی عضلات پاراسپینال

(SUMMARY)

Spondylolisthesis has always fascinated orthopaedist and others concerned with the treatment of low back disease. Spondylo means Vertebra and Olisthesis to slip or slide down a slippery path. In this article the history of spondylolisthesis has been described, followed by the recent classification of different types of the condition. There are 5 different types of spondylolisthesis - dysplastic, Isthmic, Degenerative, Traumatic and Pathological. The conservative therapy of the asymptomatic patients have been described which include correction of poor posture, avoiding of certain spine movements, bed rest strong analgesics and then gradual mobilization. If symptom persist after conservative treatment or if further olisthesis is occurring, then surgical intervention should be considered. Solid fusion can be obtained and will stop further slip. In the second part of this article a very rare of spondylolisthesis has been described. This is a case of a 36-years old male patient with the history of 3 years low back pain He has no neurological sign, But his X-rays revealed a spondylolisthesis in 3 levels including $L_3-L_4, L_4-L_5, L_5-S_1$ Which is very uncommon and unusual. There is not many report in the literature so far regarding spondylolisthesis in 3 levels.

REFERENCES

- 1 .Neugebauer, F.L-Neuer beitrage zur aetiologie und Causistik der spondylolisthesis. Arch gynak 25:182, 1895.
- 2 .Anderson, C.E-Spondyloschisis Following Spine Fusion, J.Bone & joint Surg.38-A1142, 1956
- 3 .Baker D.R and Mcholic W.Spondylochisis and Spondylolisthesis In Children, J.Bone & Joint Surg.38.A:933, 1956.
- 4 .Farfan H.the International Society For the study of the lumbar Spine, London 1975.
- 5 .Harris R.I & wiley, J.J Acquired Spondylolisthesis As A Sequel To Spine Fusion. J.Bone & Joint Surg 45-A1159-1963
- 6 .Junghanns, H.Spondylolisthesis-Falle, Bruns Beitr.Klin Chir 158 554, 1929.
- 7 .McNab, I.The International Society For the study of the Lumbar Spine, London 1975.
- 8 .McNab, I.Spondylolisthesis with an Intact Neural Arch (Pseudo Spondylolisthesis), J.B.J.S 32.325 1950.
- 9 .Newman P.H/The International Society For the study of the lumbar spine London 1975.
- 10 .Rosenberg, N.Degenerative spondylolisthesis, Predisposing Factors, J.Bone & Joint Surg.57-A.467 1975.
- 11 .Wiltse, L, L Paper Read At The International Society for the Study of the Lumbar Spine London 1975.
- 12 .Wiltse, L.L, Newman, P.H, Macnab, I.Classification of Spondylolysis & Spondylolisthesis - clin-Ortho No.117-1976.
- 13 .Taillord, W.F Etiology of Spondylolisthesis clin.Orthop No.117-1976.
- 14 .Farfan.H.F, Osteria, V.Lamy, C.The Mechanical Etiology of Spondylolisthesis-Clin.Ortho 117-1976.
- 15 .Magora, A.Conservative Treatment in spondylolisthesis clin Orthop. 117-1976
- 16 .Laurent, L.E., Osterman, K.-Operative Treatment of Spondylolisthesis In young Patients Clin Orthop 117-1976.
- 17.Newman P.H.-Surgical Treatment for Spondylolisthesis in the Adult. Clin-Orthop 117-1976.