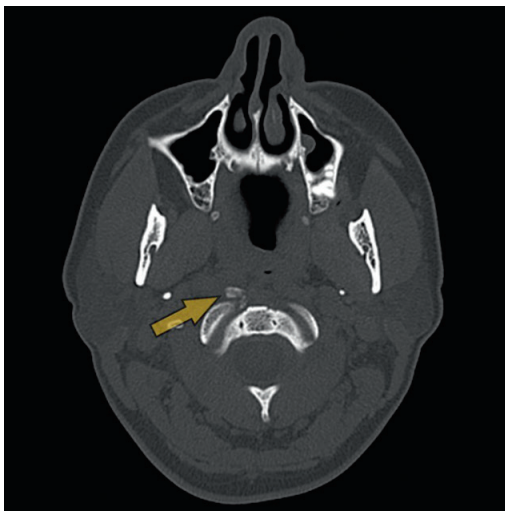


M. longus colli kaltsifitseeriv tendiniit

Kaur Valk – TÜ Kliinikumi radioloogiakliinik

Perearsti vastuvõtule pöördus 50aastane naine, kes kaebas järsult alanud ja 4 päeva kestnud valu paremal kaelapiirkonnas. Valu süvenes ajas ning sellele lisandus päevade



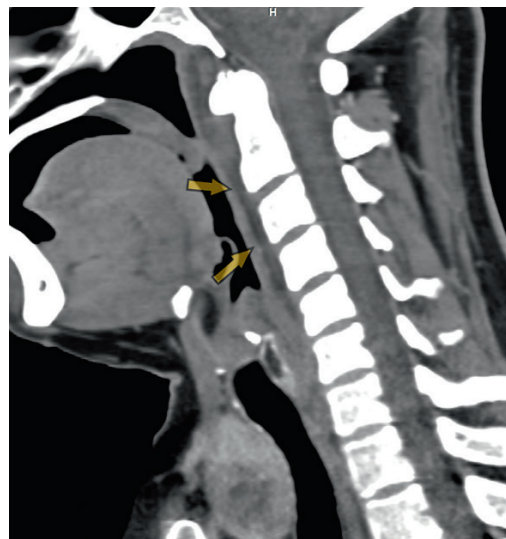
Pilt 1. Lubjastused kaela prevertebraalsetes pehmetes kudedes parempoolse *m. longus colli* sees (kollane nool).

jooksul subfebriilne palavik ja suu avamise takistus. Vere C-reaktiivse valguga (CRV) tase oli tõusnud kuni 52 mg/L, kuid läbivaatusel olid suu ja neel põletikutunnusteta ning patsient suunati paratonsillaarse abstsessi kahtluse tõttu kurgu-nina-kõrva- (KNK) arsti erakorralisele vastuvõtule. Ka KNK-arst suu, neelu ja kõri vaatlusel väliseid põletikutunnuseid ei tuvastanud ning patsient suunati kaela süvainfektsiooni välistamiseks kompuutertomograafilisele (KT) uuringule.

KT-uuringul kaela süvakudedes abstsessile sobivat kogumikku nähtavale ei tulnud, kuid paremal prevertebraalsel C1–C2 kaelalülkehade kõrgusel *m. longus colli* sees oli nähtav mitmeosaline lubjastus (vt pilt 1). Nimetatud lihas oli võrreldes vasakpoolse lihasega asümmeetriliselt paksenenud (vt pilt 2) ning retrofarüngeaalsel oli vähene turse (vt pilt 3). Kuna puudus muule kaelapiirkonna infektsioonile viitav leid, osutas radioloogiline leid ägedale *m. longus colli* kaltsifitseerivale tendiniidile. Alustati ravi mittesteroidse põletikuvastase ainega



Pilt 2. Asümmeetriliselt paksenenud parempoolne *m. longus colli* (kollane nool) võrreldes vasakpoolsega (punane nool).



Pilt 3. Turse ja prevertebraalsete pehmete kudede paksenemine (kollased nooled).

(MSPVA) ning patsiendi kaebused taandusid 2 nädala jooksul.

ARUTELU

M. longus colli ehk kaelapikklihas on lülisamba kaelaosas ees asuv ja lülidele kinnituv kaela fleksiooni ja rotatsiooni teostav lihas. Kaltsifitseeriv tendiniit (*hydroxyapatite deposition disease*, HADD) on iseparanev põletikuline haigus, mida põhjustab kaltsiumhüdroksüapatiidi kristallide ladestumine kahjustatud kõõlusesse. Arvatakse, et haiguse ägedat sümptomaatilist faasi põhjustab kaltsiumi vabanemine ümbritsevasse kudedesse ja sellega kaasnev äge põletikuline reaktsioon (1).

Kaltsifitseeriv tendiniit võib esineda igas kehapiirkonnas, sagedamini on haaratud õlaliigese rotaatormansett. *M. longus colli* kaltsifitseeriv tendiniit on suhteliselt haruldane haigus, mida leitakse enamasti keskealistel sagedusega umbes 1,1 juhtumit 1000 kaelapiirkonna KT-uuringu kohta (2).

Haiguse sümptomid on mittespetsiifilised ning patsiendid kaebavad enamasti järsult alanud kaelavalu ning jäikust, kaasuda võib kerge palavik, suu avamise takistus või valulikkus neelamisel. Laboratoorsete analüüside põhjal võib esineda leukotsütoos, tõusnud erütrotsüütide settekiirus ja CRV sisalduse suurenemine veres (3).

Kuna haiguse sümptomid ja kliiniline leid võib sarnaneda raskemalt kulgevate haigustega (nt kaela süvakudede infektsioonid või paratonsillaarne abstsess), on täpne diagnoos oluline, et vältida ebavajalikke protseduure ja ravi. Diagnoosimise valikmeetodiks on KT-uuring, kus iseloomulikuks leiuks on kaltsiumi ladestumine



Pilt 4. 3D-rekonstruktsioon lülisamba kaelaosast, lubjastus prevertebraalsetes pehmetes kudedes (kollane nool).

m. longus colli lihase sees, tüüpiliselt C1–C2 lüliskeha kõrgusel (vt pilt 4). Kaasuda võivad prevertebraalsete pehmete kudede turse ja mittekontrasteeruv efusioon (3, 4).

Haigus laheneb enamasti 1–2 nädala jooksul toetava ravi ja MSPVA-kuuriga (3).

KIRJANDUS

1. Alamoudi U, Al-Sayed AA, AlSallumi Y, et al. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle masquerading as a retropharyngeal abscess: A case report and review of the literature. *Int J Surgery Case Rep* 2017;41:343.
2. Boardman J, Kanal E, Aldred P, Boonsiri J, Nworgu C, Zhang F. Frequency of acute longus colli tendinitis on CT examinations. *Emerg Radiol* 2017;24:645–51.
3. Freire V, Moser TP, Lepage-Saucier M. Radiological identification and analysis of soft tissue musculoskeletal calcifications. *Insights into Imaging* 2018;4:77–92.
4. Kamalian S, Avery L, Lev MH, Schaefer PW, Curtin HD, Kamalian S. Nontraumatic head and neck emergencies. *Radiographics* 2019;39:1808–23.