

**JOHANNES ROUTILA**  
LL, erikoistuva lääkäri  
TYKS ja SatKS, korva-, nenä- ja kurkkutaudit

**JOONAS TOIVONEN**  
LL, erikoistuva lääkäri  
TYKS, korva-, nenä- ja kurkkutaudit

**JARI KARHU**  
LL, radiologian erikoislääkäri  
TYKS, radiologia

**JAMI REKOLA**  
LT, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri  
TYKS, korva-, nenä- ja kurkkutaudit

LIITEAINEISTO  
pdf-versiossa  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)

Sisällysluettelot  
SLL 1-2/2019

**SIDONNAISUUDET**  
Johannes Routila, Joonas Toivonen,  
Jari Karhu, Jami Rekola:  
Ei sidonnaisuuksia.

# Magneettikuva osoittaa kalkkiutumia

Kiitämme tamperelaisia kollegoita pitkän kaulalihaksen kalkkiutuvaa jännetulehdusta koskevasta tapauselostuksesta Lääkärilehdessä 37/2018 (1). Yhdymme näkemykseen taudin luultavasta alidiagnosoitumisesta – etenkin, kun vuotuisesti ilmaantuvuudeksi on arvioitu peräti 0,5 tapausta 100 000 henkilöä kohden (2).

Tilanteen hoidossa on käytetty tulehduskipulääkkeitä tai systeemisiä steroideja. Paronemisen on kuvattu olevan hyvää ja nopeaa pelkän tulehduskipulääkityksen turvin (3,4). Omien potilastapaustemme (liiteaineisto artikkelin sähköisessä versiossa, [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) > Sisällysluettelot > 1-2/2019) perusteella olemme huomanneet, että tulehdus hoituu usein erinomaisesti ilman steroidilääkitystä, jonka varaisimmekin lähinnä niihin tilanteisiin, joissa tulehduskipulääkkeet ovat ilmeisen vasta-aiheisia.

Riittävän kivunhoidon takaamiseksi potilas voi alkuvaiheessa hyötyä osastohoidosta. Huolimatta korkeista tulehdusarvoista potilas ei hyödy antibiootihoidosta, vaikka diagnoosin viivästyminen helposti johtaakin empiriisen antibiootihoidon aloitukseen.

Pitkän kaulalihaksen kalkkiutuva jännetulehdus on tärkeä akuutin kaularankaprosessin ja nieluntakaisen paiseen erotusdiagnostinen vaihtoehto. Leikekuvantamisen rooli diagnostiikassa on keskeinen. Radiologinen diagnoosi voidaan tehdä sekä tietokonetomografia- että magneettikuvantamisella, mutta radiologin on tunnettava diagnoosin mahdollisuus etenkin silloin, kun kliinistä epäilyä taudista ei ole esitetty. Magneettitutkimukseen sisältyvä diffuusiokuvaus on erittäin hyvä – ja suonensisäisen gadoliniumin avulla havaittavaa reunatehostu-

mista varmempi – menetelmä erottelemaan abskessit muista ympäristönsä rajautuvista nestekertymistä ja siksi arvokas erotusdiagnostiikassa. Diffuusiokuvauksen avulla voidaan paise poissulkea lähes varmasti.

Pehmytkudosten ja niihin liittyvien nestekertymien paremman erottelukyvyyn vuoksi pidämme kaulan ja kaularangan magneettikuvausta ensisijaisena kuvantamismenetelmänä tilannetta selvitettäessä. Myös säteettömyys puolustaa valintaa tietokonetomografiaan verrattuna.

Pehmytkudoksen tiivistyminen on keskeinen kuvantamislöydös radiologista diagnoosia asetettaessa ja myös tautiin kuuluvat kalkkiutumia voidaan tavallisesti osoittaa magneettikuvissa (liitekuvat 1A, 1B, 2A ja 2B). Myös Virtasen ym. artikkelissa (1) kuvassa 1 oleva musta nuoli osoittaa jännekalkkiuraa. Mikäli kalkkiutumien osuus löydöksessä kuitenkin jää epävarmaksi, tutkimusta voidaan tarvittaessa täydentää tietokonetomografialla. ●

## KIRJALLISUUTTA

- 1 Virtanen J, Tamminen P, Markkanen S, Taulu R. Pitkän kaulalihaksen kalkkiutuva jännetulehdus voi aiheuttaa akuutin kaulakivun. *Suom Lääkäril* 2018;73:2015-8.
- 2 Horowitz G, Ben-Ari O, Brenner A, Fliss DM, Wasserzug O. Incidence of retropharyngeal calcific tendinitis (longus colli tendinitis) in the general population. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013;148:955-8.
- 3 Tezuka F, Sakai T, Miyagi R ym. Complete resolution of a case of calcific tendinitis of the longus colli with conservative treatment. *Asian Spine J* 2014;8:675-9.
- 4 Alamoudi U, Al-Sayed AA, AlSallumi Y ym. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle masquerading as a retropharyngeal abscess: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* 2017;41:343-6. >

## **Magneettikuva osoittaa kalkkiutumia Liiteaineisto: Kaksi TYKS:ssa hoidettua tyypillistä potilastapausta**

### **Tapaus 1: 55-vuotiaan miehen niska- ja nielukipu**

55-vuotias mies hakeutui korvalääkärin yksityisvastaanotolle vajaan viikon kestäneen lämpöilyn, molemminpuolisen niskakivun ja vasenpuoleisen nielukivun vuoksi. Potilaalla ei ollut aiempia sairauksia eikä vakituksia lääkityksiä, mutta hän käytti runsaanpuoleisesti alkoholia.

Niskakipu hankaloitti pään kääntämistä ja nielemiseen liittyi kivuliaisuutta. Todettiin että potilaan on vaikea kiertää päätään, eteentaivutus on rajoittunutta ja hänellä on leukalukon oireita. Retrofaryngealisesti todettiin vähäistä symmetristä turvotusta. Niskan alueella havaittiin 2,5 senttimetrin kokoinen pehmytkudostuumori, jonka potilas kertoi olleen samanlainen vuosikausien ajan. Potilas lähetettiin jatkotutkimuksiin TYKS:n korva-, nenä- ja kurkkutautien päivystykseen.

Potilaalle tehtiin kaulan ja kaularangan magneetti- ja tietokonetomografiakuvaukset, joiden perusteella epäiltiin retrofaryngeaalista selluliittia ja faskiittia (kuva 1). Lisäksi havaittiin pieni kaularangan C6/7-nikamavälin diskusprolapsi. CRP-arvo oli 156 mg/l ja veren valkosoluarvo oli lievästi suurentunut,  $10,8 \times 10^9/l$ . Valkosolujen erittelylaskennassa todettiin neutrofiilivoittoinen verenkova. Veriviljelyissä ei kasvanut bakteeria.

Potilas otettiin korvatautien vuodeosastolle seurattavaksi ja aloitettiin kolmannen polven kefalosporiini yhdistettynä metronidatsoliin. Kahden vuorokauden sairaalahoidon jälkeen CRP oli laskenut arvoon 28 mg/l ja leukosytoosi oli väistynyt. Potilaan kuvantamislöydös käsiteltiin korvaklinikan röntgenmeetingissä ja diagnoosiksi asetettiin pitkän kaulalihaksen kalkkiutuva jännetulehdus. Potilas kotiutettiin hyväkuntoisena toipilaana. Kotona potilas jatkoi toisen polven kefalosporiinia muutamien päivien ajan. Potilasta kehoitettiin olemaan herkästi yhteydessä, mikäli oireet jatkuvat yli viikon ajan.

### **Tapaus 2: 55-vuotiaan miehen voimakas niskakipu**

55-vuotias mies hakeutui TYKS:n korvatautien päivystykseen voimakkaan niskakivun ja pään kiertämisen vaikeuden vuoksi. Potilaalla oli aikaisemmin todettu eturauhasen liikakasvu, johon hänellä oli lääkitys.

Niskakipu rajoitti pään kiertoliikkeitä, mutta eteentaivutus oli ongelmaton. Lisäksi potilaalla oli niellessä tuntuva kipua. Nenänielussa nähtiin lievää turpeutta. Potilaan veren valkosolujen määrä oli kohtalaisesti suurentunut,  $13,6 \times 10^9/l$ , ja CRP-arvo oli lievästi suurentunut, 37 mg/l. Potilaalle aloitettiin antibioottilääkityksenä toisen polven kefalosporiini ja metronidatsoli ja hänet kotiutettiin.

Potilas tuli neljäntenä vuorokautena kontrollikäynnille aluesairaalaan, jolloin leukosytoosi oli taitunut,  $9,5 \times 10^9/l$ , ja CRP oli ennallaan. Suunielussa arvioitiin olevan vähäistä punoitusta ja suun avaaminen oli hieman rajoittunutta. Epäselvän tilanteen vuoksi teetettiin kaulan ja kaularangan magneetti- ja tietokonetomografiakuvaukset (kuva 2), joiden perusteella diagnoosiksi asetettiin longus colli - ja longus capitis -lihasten kalkkiutuva jännetulehdus. Lisäksi kaularangassa todettiin degeneratiivisia muutoksia.

Potilaan antibioottilääkitys lopetettiin ja suositeltiin tulehduskipulääkkeen käyttöä. Kahden viikon kuluttua puhelinkontrollissa potilas kertoi että niskakipu on väistynyt täysin, mutta vähäistä pään kiertämisen hankaluutta esiintyy edelleen.

**]** KUVU 1.

**Potilaan 1 magneettikuvalöydös**

Pitkän kaulalihaksen kalkkiutuvan jännetulehduksen diagnostiikka perustuu tyypilliseen leikekuvantamisen löydökseen.

A. T2-painotteinen parasagittaalinen magneettikuva, jossa C2-nikamasolmun edessä oleva tumma kalkkiutuma hyvin erottuu ympäröivästä kaularangan etupuolisesta, huomattavan turvonneesta pehmytkudoksesta.

B. T1-painotteinen, rasvasuppressoitu parasagittaalinen gadoliniumtehosteinen magneettikuva, jossa C2-nikamasolmun edessä oleva tumma kalkkiutuma erottuu hyvin ympäröivästä tehostumisen vuoksi kirkkaasta pehmytkudoksesta.

A.



B.



**]** KUVU 2.

**Potilaan 2 magneettikuva- ja tietokonetomografialöydökset**

A. T2-painotteinen sagittaalisuuntainen magneettikuva: C1-nikaman etupuolella on soikea, niukkasignaalin (tumma) kalkkiutuma. Löydös ei sovi abskessiin eikä sisällä rasvakudosta.

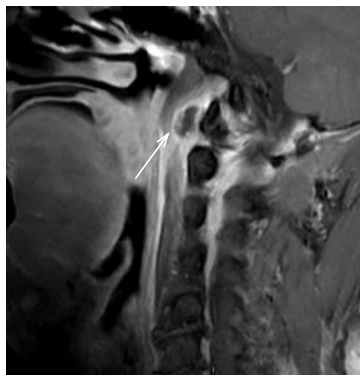
B. T1-painotteinen rasvasuppressoitu sagittaalisuuntainen magneettikuva suonensisäisen gadolinium-tehosteen kanssa: C1-nikaman edessä oleva kalkkiutuma erottuu tummana hyvin ympäröivästä tulehtuneesta pehmytkudoksesta, joka näkyy kirkkaana. Suuri osa pitkästä kaulalihaksesta ei tehostu tällä potilaalla.

C. Sagittaalisuuntainen tietokonetomografiakuva, jossa C1-nikaman edessä oleva kalkkiutuma on ylitieä/tiivis.

A.



B.



C.

