

---

## Kalsifiserende tendinitt i m. longus colli

---

### KORT KASUISTIKK

KAJA JOHANNSON ØDEGAARD

kaja.johannson.odegaard@gmail.com

Radiologisk avdeling

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Kaja Johannson Ødegaard er spesialist i radiologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANE-KRISTINE FINBRÅTEN

Unger-Vetlesens Institutt

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Ane-Kristine Finbråten er lege i spesialisering i infeksjonssykdommer og seniorforsker. Hun er Harkness fellow i Health Care Policy and Practice 2021–22 ved Department of Population Health Sciences ved Weill Cornell Medicine og The Commonwealth Fund.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

EGIL RUDJORD

Øre-nese-halsavdelingen

Vestre Viken, Drammen sykehus

Egil Rudjord er spesialist i øre-nese-halssykdommer og legespesialist.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BENEDICTE FALKENBERG-JENSEN

Seksjon for thorax-, ØNH- og karradiologi

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Benedicte Falkenberg-Jensen er ph.d., spesialist i radiologi og seksjonsoverlege.

**Kalsifiserende tendinitt i m. longus colli er en aseptisk, inflammatorisk reaksjon på deponering av kalsium-hydroksyapatittkrystaller i tilhørende sene. Tilstanden er sjelden og selvbegrensende, men kan imitere alvorlige sykdommer. Denne kasuistikken viser at diagnosen kan stilles ut fra bildediagnostikk sammen med kliniske funn.**

En kvinne i 40-årene ble innlagt på lokalsykehus med spørsmål om cervikal spondylodiskitt eller retrofaryngeal abscess etter tre dagers sykehistorie med konstante nakkesmerter, slapphet og redusert matinntak på grunn av svelgsmerter. Hun hadde ikke hatt noe forutgående traume eller luftveisinfeksjon. Ved klinisk undersøkelse var hun afebril, var svært palpasjonsømt paravertebralt i nakken og hadde redusert sidemobilitet. Klinisk undersøkelse avdekket ingen nevrologiske utfall, rubor eller utbuktning i svelget. Det var heller ingen synlig hevelse på halsen. Hun var hypertensiv med blodtrykk 153/105 mm Hg og hadde respirasjonsfrekvens på 20 pust/min. CRP var forhøyet til 42 mg/L (referanseområde 0–5 mg/L), ellers var alle blodprøver innenfor referanseområdet, inkludert SR og leukocytter.

Grunnet mistanke om retrofaryngeal abscess ble pasienten henvist til CT-undersøkelse av collum med intravenøs kontrast, som viste et smalt væskesjikt retrofaryngealt og en liten, avrundet forkalkning ved nedre kant av fremre atlasbue (figur 1). Det var ingen kontrastoppladning rundt væskesjiktet, gasslokulamenter eller forstørrede lymfeknuter, som man radiologisk ville forvente ved abscess.



**Figur 1** CT collum (benvindu) med typisk funn ved kalsifiserende tendinitt i m. longus colli: avrundet forkalkning nedenfor fremre atlasbue, C1 (se pil).

Det ble supplert med MR-undersøkelse av cervicalcolumna, som bekreftet væske i det retrofaryngeale rommet og ødem i bløtvevet prevertebralt, men utelukket spondylodiskitt (figur 2). Kalsifiserende tendinitt ble vurdert som differensialdiagnose, men da pasientens smerter forverret seg, ble hun innlagt på øre-nese-hals-avdeling for videre utredning. På dette tidspunktet hadde hun nærmest ingen motilitet i nakken og fikk nesten ikke i seg mat eller drikke på grunn av svelgsmerter. Ved undersøkelse var det ingen utbuktning i farynks slik man ville forvente ved abscess, og det var fremdeles ingen leukocytose. Man startet behandling for tendinitt med diklofenak 50 mg  $\times$  3 per os, men valgte også å dekke for infeksjon med klindamycin 300 mg  $\times$  4 intravenøst. Allerede neste dag var pasientens symptomer gått betraktelig tilbake i form av bedret nakkebevegelighet og reduserte smerter, med raskere respons enn man ville forvente ved retrofaryngeal abscess. Antibiotikabehandlingen ble derfor seponert, da det ikke lenger var mistanke om infeksjon. På tredje dag, etter ett døgn uten antibiotika, var CRP-verdien halvert, og pasienten kunne utskrives med diagnosen kalsifiserende tendinitt i musculus longus colli og fortsatt

behandling med diklofenak 50 mg  $\times$  3 per os i en uke. Blodkulturer tatt ved innkomst var negative (svar tilgjengelig etter utskrivingen). Det var ikke behov for videre oppfølging etter dette.



**Figur 2** MR av cervicalcolumna, vannvektet sekvens, viser typiske funn ved kalsifiserende tendinitt i m. longus colli: væske retrofaryngealt (piler til venstre) og ødem i m. longus colli (pil til høyre).

---

## Diskusjon

Akutt kalsifiserende tendinitt i m. longus colli er en aseptisk inflammatorisk respons på utfelling av kalsium-hydroksyapatittkrystaller i m. longus colli-senen. M. longus colli er en prevertebral muskel som flekterer og roterer nakken. Utfellingen har predileksjon for de øvre fibrene som strekker seg fra processus transversus C3–C5 til fremre tuberkel av C1 (atlas) [\(1–4\)](#).

Etiologien er fremdeles uavklart. En hypotese er at traume, degenerasjon eller iskemi i senen disponerer for deponering av krystallene, og at dette er et forsøk på å kompensere for redusert kvalitet i senesubstansen. Ruptur og frigjøring av krystallene induserer en kraftig inflammatorisk fremmedlegemerrespons i det omgivende bløtvevet. Krystallene resorberes i løpet av én til to uker, og symptomene går vanligvis tilbake etter noen få dager [\(1, 2\)](#). En studie fant symptomvarighet på 4,6 dager i gjennomsnitt [\(3\)](#). Tilstanden responderer godt på ikke-steroid antiinflammatoriske midler, og ev. steroider i uttalte tilfeller [\(1–4\)](#). Insidensen ble i en epidemiologisk studie fra 2013 angitt til 0,5 per 100 000, men ble samtidig vurdert til å være underrapportert. Tilstanden affiserer vanligvis aldersgruppen 30–60 år [\(5\)](#).

Kalsifiserende tendinitt i m. longus colli omtales i litteraturen også som *prevertebral kalsifiserende tendinitt*, *retrofaryngeal tendinitt* eller *longus colli-tendinitt*, og kjennetegnes av et typisk klinisk bilde med akutte og sterke nakke- og svelgsmerter og redusert nakkebevegelighet. Det kan foreligge ledsagende feber, mild leukocytose og forhøyet CRP og SR [\(1–4\)](#).

Tilstanden kan imitere infeksiose tilstander som retrofaryngeal abscess og spondylodiskitt. Som denne kasuistikken viser, er bildediagnostikk essensielt for å stille diagnosen. Gullstandarden er CT av collum med intravenøs kontrast, som fremstiller de patognomoniske forkalkningene i longus colli-senen i de øvre fibrene i nivå med C1–C2 [\(1–4\)](#) – som også ble påvist hos denne pasienten (figur 1).

Mengden kalk kan variere og korresponderer ikke med grad av inflammasjon [\(2\)](#). Det kan foreligge sekundære inflammatoriske forandringer som væske retrofaryngealt og ødem i det prevertebrale bløtvevet, som påvist på både CT og MR hos denne pasienten (figur 1 og 2). Ved retrofaryngeal abscess vil man forvente kontrastoppladning rundt væskesjiktet, eventuelt gasslokulamenter og forstørrede lokale lymfeknuter, i motsetning til ved kalsifiserende tendinitt, hvor dette er fraværende [\(2, 4\)](#). Hos denne pasienten ble det likevel gitt antibiotika, da en infeksøs prosess ikke kunne utelukkes helt.

Antibiotikabehandlingen ble riktignok seponert, da pasientens symptomer gikk raskere tilbake enn man ville forvente ved infeksjon, noe som styrket mistanken om kalsifiserende tendinitt.

I dette tilfellet ble det også utført MR av cervikalcolumna for å utelukke spondylodiskitt. MR har høy sensitivitet når det gjelder å fremstille de inflammatoriske forandringene i og rundt m. longus colli, men har dårligere sensitivitet enn CT når det gjelder å fremstille forkalkningene, og er derfor ikke førstevalg [\(2\)](#).

Kasuistikken illustrerer at kalsifiserende tendinit i m. longus colli er en tilstand med typiske bildefunn på CT, og både klinikere og radiologer bør mistenke tilstanden hos pasienter med akutte nakkesmerter, nakkestivhet og svelgsmerter. Kjennskap til diagnosen vil kunne redusere unødvendig medikamentell eller kirurgisk intervensjon og forkorte pasientens smerter.

---

*Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.*

*Artikkelen er fagfellevurdert.*

---

## REFERENCES

1. Offiah CE, Hall E. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: spectrum of CT appearances and anatomical correlation. *Br J Radiol* 2009; 82: 978. [PubMed][CrossRef]
  2. Zibis AH, Giannis D, Malizos KN et al. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: case report and review of the literature. *Eur Spine J* 2013; 22 (Suppl 3): S434–8. [PubMed][CrossRef]
  3. Suh B, Eoh J, Shin J. Clinical and Imaging Features of Longus Colli Calcific Tendinitis: An Analysis of Ten Cases. *Clin Orthop Surg* 2018; 10: 204. [PubMed][CrossRef]
  4. Shawky A, Elnady B, El-Morshidy E et al. Longus colli tendinitis. A review of literature and case series. *SICOT J* 2017; 3: 48. [PubMed][CrossRef]
  5. Horowitz G, Ben-Ari O, Brenner A et al. Incidence of retropharyngeal calcific tendinitis (longus colli tendinitis) in the general population. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013; 148: 955–8. [PubMed][CrossRef]
- 

Publisert: 27. juli 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0808

Mottatt 16.11.2021, første revisjon innsendt 27.4.2022, godkjent 8.6.2022.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. februar 2026.