

Uw diagnose?

Mw. dr. H.W. van Steenbergen¹, C. Tolman², dr. G.J. Lycklama à Nijeholt³, dr. J.W. van 't Wout⁴

(TIJDSCHR INFECT 2017;12(6):214)

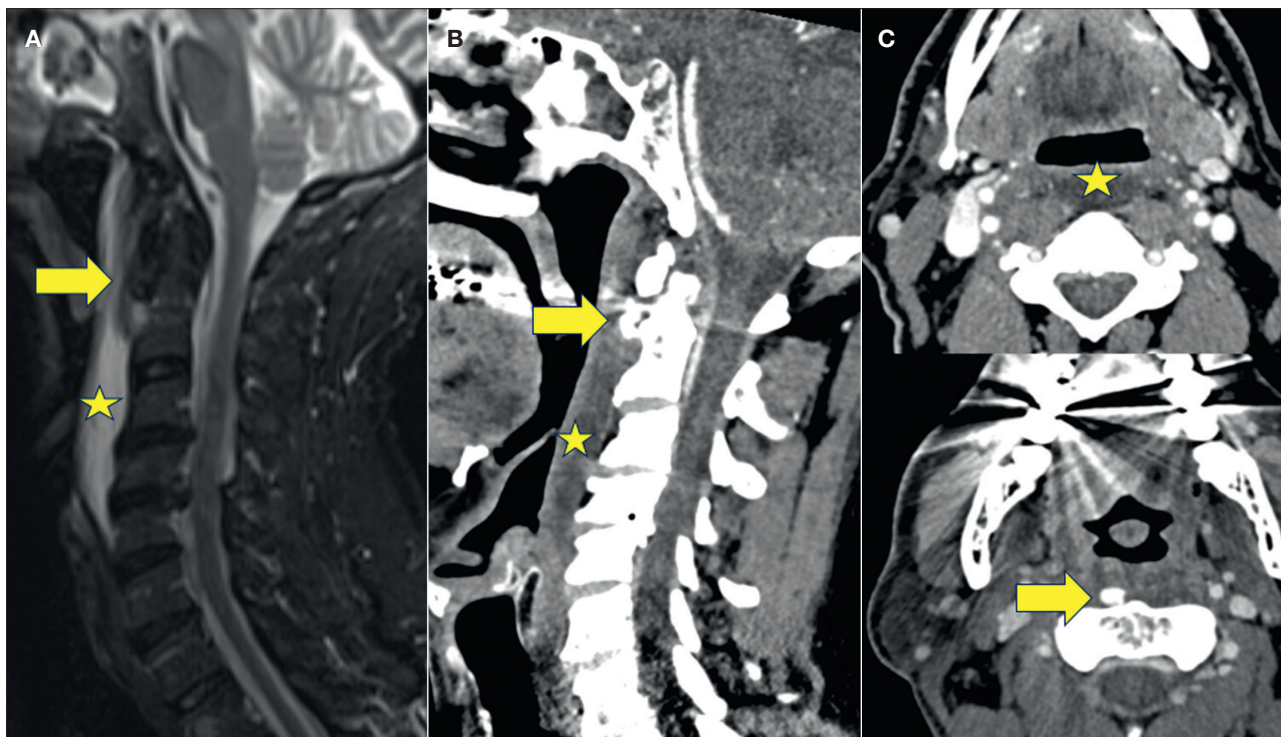
ZIEKTEGESCHIEDENIS

Een 56-jarige man bezocht de Spoedeisende Hulp van het Haaglanden Medisch Centrum in verband met acuut ontstane, hevige pijn en stijfheid van de nek en het hoofd. Daarbij was er sprake van dysfagie en koorts. Bij lichamelijk onderzoek werd een niet-acuut zieke man gezien met een temperatuur van 38,4°C. De cervicale wervels waren diffuus drukpijnlijk en nekstijfheid was moeilijk te beoordelen. De orofarynx was normaal bij inspectie en het neurologisch onderzoek was niet afwijkend. Laboratoriumonderzoek toonde een milde leukocytose (10,5x10⁹/l, normaalwaarde 4,0-10,0 x 10⁹/l) en

een verhoogd gehalte C-reef proteïne (55 mg/l, normaalwaarde <5 mg/l). Liquorpunctie toonde geen aanwijzingen voor meningitis en met een CT-scan van het cerebrum werd een bloeding uitgesloten. MRI en CT met intraveneus contrast van de cervicale wervelkolom met de vraagstelling retrofaryngeaal abces of spondylodiscitis lieten het volgende beeld zien (zie *Figuur 1*).

KUNT U AAN DE HAND VAN DEZE GEGEVENS EEN DIAGNOSE STELLEN?

Het antwoord op de vraagstelling vindt u op pagina 217.



FIGUUR 1. Sagittale T2-gewogen MRI (A) toont een retrofaryngeale vochtcollectie (ster), zonder massawerking, aankleurende rand of botoedeem op sagittale (B) en axiale (C) CT met intraveneus contrast (wekedelensetting). Er zijn verkalkingen (pijl) te zien in de musculus longus colli, anterior van wervelcorpus C1 (laag/zwart signaal op T2-gewogen MRI-beelden (A) en dens/wit op CT (B-C)).

¹aios interne geneeskunde - reumatologie, afdeling Interne Geneeskunde ²aios radiologie, afdeling Radiologie ³radioloog, afdeling Radiologie ⁴internist-infectioloog, afdeling Interne Geneeskunde, allen Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag.

Correspondentie richten aan: dr. H.W. van Steenbergen, aios interne geneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Interne Geneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden, e-mailadres: h.w.van_steenbergen@lumc.nl

Belangenconflict/financiële ondersteuning: geen gemeld.

HET ANTWOORD OP DE VRAAGSTELLING OP PAGINA 214

ACUTE CALCIFICERENDE TENDINITIS VAN DE MUSCULUS LONGUS COLLI

In eerste instantie werd differentiaaldiagnostisch gedacht aan een infectieuze oorzaak zoals meningitis, retrofaryngeaal abces of spondylodiscitis. Na het afnemen van kweken en een liquorpunctie werd gestart met amoxicilline/clavulaanzuur intraveneus en werd aanvullend beeldvormend onderzoek verricht. MRI van de cervicale wervelkolom (zie *Figuur 1A*) toont een langgerekte prevertebrale vochtcollectie (ster). Er is geen hoog T2-signaal (oedeem) in de wervels of tussenwervelruimten of aankleuring van eindplaten, disci en leptomeningen. Een vervolgens verrichte CT-scan met intraveneus contrast (zie *Figuur 1B-C*) toont naast de niet-aankleurende vochtcollectie prevertebrale calcificaties op het niveau van C1-C2 (*pijl*). Dit is pathognomisch voor de diagnose: acute calcificerende tendinitis van de musculus longus colli. Deze steriele, inflammatoire aandoening van onduidelijke etiopathologie ontstaat door afzetting van calciumhydroxyapatiet in de superieure oblique vezels van de musculus longus colli, die insereert op de eerste cervicale wervel. Klassiek presenteert deze aandoening zich met de triade van (sub)acute nekpijn, stijfheid en dysfagie.^{1,2} Doordat lichte koorts en leukocytose aanwezig kunnen zijn, kan het klinisch beeld lijken op een infectieuze oorzaak.

Vroege herkenning is belangrijk om onnodige aanvullende diagnostiek en behandeling te voorkomen. Een CT-scan met contrast is het beste radiologische diagnosticum om de pathognomische calcificaties aan te tonen en een retrofaryngeaal abces uit te sluiten.³ Bij sterke verdenking op spondylodiscitis verdient MRI echter de voorkeur voor vroege detectie van oedeem van de eindplaten en tussenwervelruimten. Hoewel de incidentie van deze aandoening onbekend is, is het waarschijnlijk niet zeldzaam. Patiënten zonder radiologisch bevestigde diagnose worden waarschijnlijk bewust of onbewust, vaak al in de eerste lijn, behandeld met NSAID's. De beschreven patiënt herstelde snel met diclofenac.

REFERENTIES

1. Coebergh JA, Koppen H, van Gils AP, et al. Pijn in de nek door tendinitis longus colli. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2010;154:A933.
2. Zibis AH, Giannis D, Malizon KN, et al. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: case report and review of the literature. *Eur Spine J* 2013;22:434-8.
3. Eastwood JD, Hudgins PA, Malone D, et al. Retropharyngeal effusion in acute calcific prevertebral tendinitis: diagnosis with CT and MR imaging. *AJNR Am J Neuroradiol* 1998;19:1789-92.

ONTVANGEN 28 FEBRUARI 2017, GEACCEPTEERD 29 MAART 2017.

AANVULLING

Aanvulling bij het artikel **Import en verspreiding van 'extended'-spectrum bètalactamase-producerende *Enterobacteriaceae* door internationale reizigers (COMBAT-studie): een prospectieve, multicenter cohort-studie**

door M.S. Arcilla et al. (*Tijdschr Infect* 2017;12(5):156-66):

Financiële ondersteuning: Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw, grant number 205200003).