

Otalji

Prof. Dr. Özgün Enver

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı Başkanı

Özet

Otalji, kulak ağrısı, kulak orijinli olarak primer veya kulak dışı sebeplerle olur. En sık otitis externa, media ve mendoisel gibi antiküler enfeksiyonlarda görülür. Bazen, örneğin, akıntılı perfore kulakta tanı kolayken, intakt zar da tanı güçleşebilir. Kulak dışı otaljlerin en yaygın nedeni dental orijinli olanlardır.

Anahtar kelimeler: Otalji, otitis externe, otitis media, mastoiditis, auricular

Abstract

Otalgia is defined as ear pain. Two separate and distinct types of otalgia exist. Pain that originates within the ear is primary otalgia; pain that originates outside the ear is referred otalgia. Typical sources of primary otalgia are external otitis, otitis media, mastoiditis, and auricular infections. Most physicians are well trained in the diagnosis of these conditions. When an ear is draining and accompanied by tympanic membrane perforation, simply looking in the ear and noting the pathology can make the diagnosis. When the tympanic membrane appears normal, however, the diagnosis becomes more difficult. Dental disorders are the most common cause of referred pain to the ear. Of this group of disorders, temporomandibular dysfunctions account for the majority of patients. Bruxism, degenerative joint disease, or stress can lead to internal derangements within the joint. The third division of the trigeminal nerve and the auriculotemporal nerve mediate pain, which is often perceived deep within the ear. Other odontogenic causes range from abscessed teeth to poorly fitting dentures.

Keywords: Otalgia, otitis external, otitis media, mastoiditis, auricular

Otalji

Kulak ve çevresindeki ağrılara otalji denir. Ağrı kulağın kendisinden kaynaklanıyorsa primer otalji denir. Sekonder otalji yine kulakta hissedilen ağrıdır. Fakat kulaktaki patolojik bir duruma bağlı olmayıp, kulağa komşu veya daha uzak bölgelerde olan bir patolojiye bağlıdır. Bu nedenle sekonder otaljiye, refere otalji de denilmektedir. Tüm kulak ağrılarının %50'si veya daha fazlası nonotolojik sebeplere bağlıdır. Çoğunlukla yapılan otoskopik muayene primer otaljinin kaynağını ortaya koyar. Buna rağmen dış kulak ve orta kulakta görülen hafif enflamasyonlar otaljinin gizli solunum ve sindi-

rim sistem malignitesinin refere ağrısını ekarte etmez (1). Baş boyun yapılarının gizli solunum ve sindirim sistem malignitesinin refere nazofarinks ve larinksin endoskopik muayene ile değerlendirilmesi, şüpheli yerlerden biyopsi yapılması gereklidir. Kafa sinirlerine yönelik nörolojik muayene yapılmalı, temporomandibular eklem ve çevresinin incelenmesi gereklidir (2).

Primer ve sekonder otaljinin yayıldığı alanın farklılıklar göstermesi, aurikula ve çevresinin kompleks duyu inervasyonuna bağlıdır. Kulağın duyu inervasyonu 5 farklı kaynaktan gelir: n.trigeminus (V), n.fasialis (VII), n.glossofaringeus (IX),

n.vaus)X) ve servikal pleksus. Bu sinirlerin seyri boyunca olabilecek herhangi bir patoloji, otaljinin de nedeni olabilir. N. Mandibularis'in (V3) aurikulo-temporal dalı, dış kulak yolu ve kulak zarının postero inferior kısmını inerve eder. Kulak zarının medial yüzünü ve östaki tüpünü, n.glossofaringeus'un timpanik pleksusa katılan timpanik dalı (Jacobson siniri) ve n.vagus'un auriküler dalı (Arnold siniri) inerve eder. N.oksipitalis minor ve n.aurikularis magnus ile C2 ve C3 seviyelerinden gelen servikal pleksus duyu lifleri, sırasıyla retroauriküler ve preauriküler bölgenin cildini inerve ederler. Başlıca otalji nedenleri şunlardır (3):

Otalji Nedenleri:

1- Aurikula kaynaklı otalji

Travma kesi, laserasyon, ısırık, hematoma, perikondrit, herpes simpleks veya herpes zoster otikus, preauriküler kist veya sinüsün enfekte olması, donmay, yanık, apse, enfekte bazal veya skuamöz hücreli ca.

2- Dış kulak yolu nedenliler

Yaralanmalar ve travmalar, yabancı cisimler, fronkül-yaygın iltihaplar, erizipel, tümör.

3- Orta kulak nedenliler

Travmatik timpanik membran perforasyonu, perforasyondan orta kulağa sıvı girmesi, hematom-timpanium, barotravma, akut otitis media, tümörler.

4- Mastoid kaynaklı otaljiler

Akut mastoidit, kronik mastoiditin aktif evresi, petrozit, bezold apsisi.

5- Dental nedenli olanlar

Dış çürükleri, çıkmamış molar dişler ya da 20 yaş dişleri, çenenin maloklüzyonu, uygunsuz yerleştirilmiş dental protezler.

6- Temporomandibular eklem hastalıkları

7- Sinonazal, nazofarenks nedenli olanlar

Akut sinüzitler, neoplazmlar.

8- İntrakranyal nedenli olanlar

Intrakranyal tümörler, serebellum ve serebrum apseleri, menenjitler.

9- Parotis nedenli olanlar

Akut parotit, parotis tümörleri.

10- Larenks nedenli olanlar

Larenks yabancı cisimleri, tüberküloz, ülseratif lezyonları ve larenks kanserleri.

11- Farenks nedenli olanlar

Tonsillit, peritonsiller apse, retrofarengeal apse, farenks habis tm. farenks tbc farengeal ülserasyonlar.

12- Diğer nedenler

Trigeminal nevralji, tiroditler, myofasial ağrı sendromu, angina pektoris, akciğer ve bronşların enfeksiyonu.

Detaylı bir hikâye ayırıcı tanıları ekarte etmede ve hekimi spesifik bölgelere yönlendirmede yardımcıdır. Otaljinin kanser gibi ciddi bir hastalığın erken semptomu olabileceği hatırlanmalı ve kulak ağrısının şiddetinin hastalığın ciddiyetiyle korele olmayabileceği hatırlanmalıdır. Örneğin dental problemlerde ciddi ağrı görülürken, ösafagus veya larenks kanserlerinde orta derecede veya hafif bir otalji görülebilir. Ağrının başlangıcı karakteri ve lokalizasyonu: Aurikula ve dış kulak yolunu tutan hastalığın ağrısı tipik olarak hızlı başlangıçlıdır ve ağrı kesici-batıcı olarak tarif edilir. Tam tersine orta kulak ve timpanik membranı tutan hastalığın seyri çok daha kronik olup, ağrı major şikâyet değildir. Kulak ağrısının uzun sürmesi veya yaygın baş ağrısı eklenmesi halinde enfeksiyon komplikasyonları ve tümörden şüphelenilmelidir.

Kulak akıntısı, işitmede azalma, daha önce geçirilmiş kulak operasyonları, kulakta dolgunluk hissi, çınlama gibi semptomlar ağrının otolojik sebeplerine işaret ederken; çiğneme ve yutmayla ilişkili ağrı, ses değişiklikleri, rinore hekim üst solunum yollarına ve üst gastrointestinal

traktusa yönlendirmelidir. Hastalara otaljinin başlangıcında veya otalji belirmeden önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirip geçirmediği sorulmalıdır. Böylece akut otitis media veya akut sinüzit şüphesi uyandırılabilir (4,5).

Yüzme hikâyesi, hızlı basınç değişiklikleri, baş boyun patolojileri, ateş, bulantı-kusma, diş ve baş ağrıları, kranial sinir paralizileri hikâyede sorulmalıdır. Hastalara ayrıca respiratuar, kardiyak, enfeksiyöz, metabolik, nörolojik bakımdan yakınmaları olup olmadığı da sorulmalıdır.

Kulaklar eksiksiz olarak muayene edilmelidir. Aurikula, postauriküler bölge, preauriküler bölge muayene edilmeli ve mutlaka palpe edilmelidir. Dış kulak yolu inflamasyon veya diğer anomaliler açısından muayene edilmelidir. Timpanik membranda renk değişikliği, transparanlığın kaybolması, kontur düzensizliği veya defekt orta kulak hastalığına işaret eder. Timpanometrik testler mutlaka yapılmalıdır (6).

Şayet otolojik muayene normale baş ve boyun bölgesinin muayenesi yapılmalıdır. Sekonder otaljidenden sorumlu olan 5.-9.-10. kranial sinirler ve de üst servikal pleksusun innerve ettiği alanlar muayene edilmelidir. Oral kavite, dişler ve temporomandibuler eklem gözden geçirilmelidir. Nazal kavite sinüs hastalığının ipuçları bakımından muayene edilmelidir. Nazofarenks, orofaranks, hipofarenks ve larenks muayenesi de yapılmalıdır. Özellikle dil kökünün palpasyonu herhangi bir anormalliği saptamada önemlidir (7).

Dış kulak yolunu, timpanik membranı veya orta kulak boşluğunu ilgilendiren bir bulgu olsa dahi, fizik muayene ile uygunsuz bir ağrı varsa (Ör: kuru timpanik perforasyon gibi) bu yansıyan ağrıyı ekarte ettirmemeli ve mutlaka malignite araştırmaları yapılmalıdır (8).

Dış kulağın ve kulak zarının muayenesi, ağrının nedeninin kulağa ait olup olmadığını genellikle ortaya çıkartır. Akut otitis eksterna ve otitis media kulak çevresinde lokalize ağrıya neden olurlar ve enfeksiyonun tedavi edilmesi ile ağrı ortadan kalkar. Kulak ağrısının uzun sürmesi ve

ya yaygın baş ağrısı eklenmesi halinde, enfeksiyon komplikasyonları ve tümörlerden şüphe edilmelidir. Antibiyotik devrinden sonra nadir görülmekle birlikte, mastoidit, petritzit, menenjit, epidural apse, subdural apse, serebral ve serebellar apse, lateral sinüs tromboflebiti, otojen hidrosefalus gibi otojen enfeksiyöz komplikasyonlar uzun süreli ağrının nedeni olabilirler. Kolesan mastoidit, akut otitis medianın yetersiz tedavi edilmesi veya tedavi edilmemesi sonucunda orta kulak ile ilişkili olan mastoid hava hücreleri içinde enfeksiyonun devam etmesidir. Akut otitis medianın başlangıcından haftalar sonra devam eden pürülan ve subfebril ateş mastoiditi düşündürmelidir. Petrözit, orta kulaktaki enfeksiyonun petröz kemiğe yayılması sonucunda ortaya çıkar. Enfeksiyonun petröz ve sfenoid kemiklerin eklem hattı üzerindeki bir girinti olan Dorello kanalında seyreden abduzens sinirini etkilemesi ile diplopi ve medial şaşılık, n.trigeminus'un tutulumu ile retro-orbital ağrı ve kulak ağrısı ile seyreden bu klinik tabloya Gradenigo sendromu adı verilir ve %20'ye yaklaşan mortalite ile sonuçlanır. Temporal kemiğin posteriorunda bulunan lateral sinüs trombozu veya tromboflebitinde septik genel durum bozukluğu, bacaklı ateş, bulantı ve kusma görülür. Yaygın baş ağrısı sık görülmemekle birlikte, sıklıkla mastoid üzerinde ağrı vardır (1,3).

Kaynaklar

1. Shah RK, Blevins NH. Otagia. *Otolaryngol Clin North Am.* 2003;36(6):1137-1151.
2. Vemick DM, Warfield CA. Dianosis and treatment of otalgia. *Hosp pract (Off ed).* 1987;22(3):170-172,175, 178.
3. Murtagh J. The painful ear. *Aust Fam Physician.* 1991; 20(12):1779-83
4. Leung AK, Fong JH, Leong AG. Otagia in children. *J Natl Med Assoc* 2000;92(5):254-260.
5. Mathur NN, Mathur A. Otagia in children. *Natl Med India.* 1997;10(4):183-185.
6. Hall D. Otagia in general practice. *J R Coll Gen Pract.* 1987;37(305):562.
7. Yanagisawa K, Kveton JF. Referred otalgia. *Am J Otolaryngol.* 1992;13 (6):323-327.
8. Thaller SR, De Silva A. Otagia with a normal ear. *Am Fam Physician.* 1987;36(4):129-136.