

Servet ERDEMES¹

GİRİŞ

Otalji veya kulağa lokalize subjektif ağrı, birinci basamak kliniklerinde, kulak burun boğaz kliniklerinde ve acil servislerde sık görülen bir başvuru semptomudur. Akut otitis media (AOM) veya akut otitis eksterna gibi bazı otalji nedenleri bilinse de, fiziksel bulguların yokluğunda, otaljinin nedeni; kulağın anatomisi, karmaşık duyuşal innervasyonu ve çok sayıda yapıya yakınlığı sebebiyle değerlendirilmeyi zorlaştırabilir.

Otalji, otojenik bir hastalığın (primer veya otojenik) bir sonucu olabilir, veya kulak dışındaki patolojik süreç ve yapılardan kaynaklanabilir (sekonder veya yanıt veren kulak ağrısı)(1). Çocuklarda primer, yetişkinlerde ise sekonder otalji daha yaygındır(2). Primer otaljinin fizyolojisi her ne kadar kulakta aşık ise de ancak sekonder otaljinin değerlendirilmesi için kulağın innervasyonun iyi bilinmesi gerekmektedir.

Otaljide ağrının özellikleri, etiolojiye ilişkin önemli ipuçları sağlayabilir. Enfeksiyonla ilişkili ağrı genellikle sürekli ve muhtemelen saatler veya günler içinde giderek şiddetli hale gelebilir. Enfeksiyonun birkaç saat süren ve sonra düzelen veya günler/haftalar sonra geri başlayan ağrı üretmesi pek olası değildir. Aralıklı ağrının, örneğin kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarıyla ilişkili olması çok daha olasıdır. Temporomandibular eklem (TME) disfonksiyonu ve diğer miyofasiyal ağrı disfonksiyonu sendromları genellikle bu şekilde bulunur. Otaljinin genel süresi kronik ve akut süreçleri ayırt etmeye yardımcı olabilir.

Kulak akıntısı, işitme kaybı, işitsel dolgunluk veya baş dönmesi gibi otojenik semptomlar primer otalji için ipuçları olabilir. Ateş, boğaz ağrısı öyküsü, reflü

¹ Uzm. Dr., Siverek Devlet Hastanesi, KBB Hastalıkları Bölümü, serveterdemes@gmail.com

Daha sonra kapsamlı bir baş ve boyun muayenesi yapılmalıdır. Ağız içi muayenede, sert damak ve diş yapısı çürük, gingivit ve brüksizm dahil olmak üzere diş patolojisi açısından dikkatle incelenmelidir. Posteriyor orofarenks ve tonsiller herhangi bir asimetri açısından dikkatlice incelenmelidir. Orofaringeal malignite için önemli risk faktörleri veya yüksek şüphe varsa, eldivenli bir parmakla dil kökü nazıkçe palpe edilmelidir. Son olarak TME incelenmeli, çenenin açılması/kapanması ile subluksasyonun değerlendirilmesinin yanı sıra, palpasyonda hassasiyet varlığı değerlendirilmelir.

Boyun lenfadenopati ve herhangi bir fokal hassasiyet açısından iyice incelenmelidir. Hyoidin büyük kornusundan, superiyor ve lateral laringeal komplekse ve sternokleidomastoidin önüne uzanan hassasiyet Eagle sendromu açısından önemli ipucu olabilir. Ek olarak, servikal omurga nazıkçe palpe edilmeli ve servikal omurga manipülasyonu ile hastanın semptomlarının tekrarlanabilirliği değerlendirilmelidir.

Son olarak, hastanın kulak ağrısı için herhangi bir neden belirlenemezse, bir nazofaringolarinoskopi yapılmalıdır. Otalji baş ve boyun neoplazmlarının habercisi olabileceğinden neoplazmı değerlendirmek için gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Kim SH, Kim TH, Byun JY, et al. Clinical differences in types of otalgia. *Journal of Audiology Otolology* 2015;19(1):34.
2. Majumdar S, Wu K, Bateman ND, et al. Diagnosis and management of otalgia in children. *Archieve Disease Childhood Education Practice* 2009;94:33–6.
3. Cummings C. Cummings otolaryngology head & neck surgery. Philadelphia: Elsever Mosby; 2005.
4. Yanagisawa K, Kveton JF. Referred otalgia. *Am J Otolaryngol.* 1992 Nov-Dec;13(6):323-7.
5. Mirza S, Richardson H. Otic barotraumas from air travel. *J Laryngol Otol* 2005; 119:366–70.
6. Ely JW, Hansen MR, Clark EC. Diagnosis of ear pain. *Am Fam Physician* 2008;775:621–8.
7. Shah RK, Blevins NH. Otagia. *Otolaryngol Clin North Am* 2003;36:1137–51
8. Dalal PJ, Purkey MR, Price CP, et al. Risk factors for auricular hematoma and recurrence after drainage. *Laryngoscope* 2020;130(3):628–31.
9. Giles WC, Iverson KC, King JD, et al. Incision and drainage followed by mattress suture repair of auricular hematoma. *Laryngoscope* 2007;117(12):2097–9.
10. Bassiouny A. Perichondritis of the auricle. *Laryngoscope* 1981;91(3):422–31.
11. Rosenfeld RM, Singer M, Wasserman JM, Stinnett SS. Systematic review of topical antimicrobial therapy for acute otitis externa [review]. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;134(Suppl 4):S24–48.
12. Roland PS. External otitis: a challenge in management. *Curr Infect Dis Rep* 2000;2(2):160–7.
13. Roland PS, Smith TL, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: cerumen impaction. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;139:S1–21.
14. Coulson S, Croxson GR, Adams R, et al. Prognostic factors in herpes zoster oticus (Ramsay Hunt syndrome). *Otol Neurotol* 2011;32(6):1025–30.
15. Uscategui T, Doree C, Chamberlain IJ, et al. Corticosteroids as adjuvant to antiviral treatment

in Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus with facial palsy) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD006852.

16. Kansu L, Yilmaz I. Herpes zoster oticus (Ramsay Hunt syndrome) in children: case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012;76(6):772–6.
17. Sturm JJ, Stern Shavit S, Lalwani AK. What is the best test for diagnosing and monitoring treatment response in malignant otitis media? *The Laryngoscope* 2020;130(11):2516–7.
18. Goff CJ, Allred C, Glade RS. Current management of congenital branchial cleft cysts, sinuses, and fistulae. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 20(6):533–9.
19. Lou ZC, Lou ZH, Zhang QP. Traumatic tympanic membrane perforations: a study of etiology and factors affecting outcome. *Am J Otolaryngol* 2012;33(5):549–55
20. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA., Schwartz RH. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2013;131(3):e964–99.
21. Limb CJ, Lustig LR, Klein JO. Acute otitis media in adults. Welthelm, MA: UpTo-Date; 2018.
22. Yorgancılar E, Yıldırım M, Gun R, et al. Complications of chronic suppurative otitis media: a retrospective review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013;270(1):69–76.
23. Geva A, Oestreicher-Kedem Y, Fishman G, et al. Conservative management of acute mastoiditis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008;72(5):629–34.
24. Kaya S, Tsuprun V, Hızlı Ö, et al. Quantitative assessment of cochlear histopathologic findings in patients with suppurative labyrinthitis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2016;142(4):364–9.
25. Gadre AK, Chole RA. The changing face of petrous apicitis—a 40-year experience. *Laryngoscope* 2018;128(1):195–201.
26. Ely JW, Hansen MR, Clark EC. Diagnosis of ear pain. *Am Fam Physician* 2008; 77(5):621–8.
27. Jaber J, Leonetti J, Lawrason A, et al. Cervical spine causes for referred otalgia. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;138(4):479–85.
28. Charlett SD, Coatesworth AP. Referred otalgia: a structured approach to diagnosis and treatment. *Int J Clin Pract* 2007;61(6):1015–21.
29. Kim DS, Cheang P, Dover S, et al. Dental otalgia. *J Laryngol Otol* 2007;121: 1129–34.
30. Cooper BC, Cooper DI. Recognizing otolaryngologic symptoms in patients with temporomandibular joint symptoms. *Cranio* 1993;11:260–7.
31. Ulualp SO, Toohill RJ, Shaker R. Pharyngeal acid reflux in patients with single and multiple otolaryngologic disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;121(6): 725–30.
32. Klasser GD, Greene CS. Oral appliances in the management of temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107(2): 212–23.
33. Scarbrough TJ, Day TA, Williams TE, et al. Referred otalgia in head and neck cancer: a unifying schema. *Am J Clin Oncol* 2003;26(5):e157–62.
34. Teachey WS. Otolaryngic myofascial pain syndromes. *Curr Pain Headache Rep* 2004;8(6):457–62.