

**Luis H TELLO MV, MS, DVM, COS**  
*National Veterinary Associates, ABD*

Luis 1987 yılında Şili Üniversitesi'nden onur öğrencisi olarak mezun oldu. Fakülte kariyerine Radyoloji ve Nükleer Tıp Anabilim Dalı'nda başladı, ancak kısa bir süre sonra Küçük Hayvan Tıbbı Bölümü'ne geçti. Yüksek lisans derecesini Hayvan Patolojisi dalında aldı ve Florida Üniversitesi'nde kazanmış olduğu burs için ABD'ye taşındı.

Santiago, Şili'deki Acil Servis ve Travma Merkezi'nde ve Florida, Washington, Virginia-Maryland ve UC-Davis Üniversiteleri'nde Acil ve Yoğun Bakım eğitimi aldı.

2006 yılında Las Condes Klinik Hastanesi Tıbbi Direktörü olarak özel muayenehaneye geri dönmeye karar verdiğinde Küçük Hayvan Tıbbı Eğitim Programı'nın Başkanlığını ve üç Veteriner Fakültesi Eğitim Hastanesinin direktörlüğünü yapmaktaydı.

2007 yılında Banfield Pet Hastanesi'nde Kalite Güvencesi Tıbbi Danışmanı olarak çalışmak üzere ABD'ye taşındı. Daha sonra lisans belgesini aldı ve Portland Oregon'da bulunan ve "Klasik" olarak da bilinen şirketin bulunduğu ilk ve en büyük hastanede departman başkanı olarak görev yaptığı aktif pratiklerine geri döndü.

2015 yılında, Tigard, Oregon'daki Hannah Pet Sağlık Derneği Sağlık ve Eğitim Hastanesi'nden birinin departman başkanı olarak yeni bir pozisyona geçti ve Ağustos 2019'a kadar medikal genel müdürü olarak rol aldı.

Halen Portland, Oregon ve Vancouver, Washington bölgesindeki 13 hastanede National Veterinary Associates için nöbetçi acil hekimi olarak görev yapmaktadır.

Luis ilk kitabı "Evcil Hayvanlarda Travma" ve ikinci kitabı "Küçük Hayvanlarda Travma ile Acil Durum Yönetimi"ni takiben Eylül 2018'de üçüncü kitabını yayınladı: "Bir Otomobilin Çarptığı Kedi". Ayrıca, dünyanın dört bir yanındaki dergilerde sayısız makale ve bildiri yayınladı.

Tüm dünyada 49'dan fazla ülkede uluslararası kongre ve toplantılarda ders vermiştir.

İlgi alanları, Dahili ve Acil Tıp, Travma, Sepsis, CPR ve küçük hayvanlarda yanıklardır.

## Karında Serbest Sıvı

**Dr. Luis H. Tello MV, MS, DVM, CCOS**

Hemoabdomen, travma, rüptüre tümörler (dalak ya da karaciğer) ya da koagülopatiden dolayı meydana gelmektedir. Hemoabdomen ile gelen tüm hastaların koagülogramı değerlendirilmelidir. DIC, neoplazi endüklü hemoabdomen olgularının (genellikle dalak veya karaciğer hemanjiosarkom) çoğunda yaygın bir bugludur.

Mümkünse, cerrahi müdahale öncesinde radyografi veya ultrasonografi ile tümör varlığı görüntülenerek kontrol edilmelidir ve DIC olan hastalara taze donmuş plazma (FFP) ile ön tedavi uygulanmalıdır.

Travmanın neden olduğu hemoabdomen, hasta endike intravenöz sıvı ve kan ürünleri ile stabilize edilebilirse genellikle cerrahi bir hastalık DEĞİLDİR.

Ayrıca, tümör ilişkili hemoabdomen olgularının çoğu, kardiyovasküler stabilite sağlandığı sürece acil cerrahi gerektirmemektedir. Anekdotal olarak, cerrahi 24 saate kadar geciktirilirse köpeklerin durumu daha iyi olmaktadır, bu süre içerisinde sıvılarla, eritrosit transfüzyonlarıyla ve gerekirse FFP ile stabilizasyon sağlanabilir. Karın içi aktif kanaması olan hastaların tedavisi için kullanılan sıvı stratejilerinden biri, hipotansif resusitasyondur. Hipotansif resusitasyonun dayandığı teori, travmatize ve hemoraji olan dokularda pıhtı oluşumuna karşı koruma sağlamak için sıvılarla "aşırı resusitasyon" yapmadan kan basınçlarının düşük normal değerlere getirilmesidir (90–100 mmHg sistolik). Diğer tedavi modaliteleri arasında, karın sarılması ve ototransfüzyon her almaktadır. Hemoraji olan bölgenin sarılması ve tampon yapılması amacıyla abdominal bandaj kaudalden kraniale doğru yerleştirilmeli, göğüs kafesinin arkasında sonlandırılmalıdır. Bu bandaj, altına parmağınızın giremeyeceği kadar sıkı olmalı. Deriyi korumak için, karın etrafı ilk önce bir havlu ile sarılabilir ardından bandaj yerleştirilebilir. Ottotransfüzyon, sadece bağırsak perforasyonu, üroabdomen ve safra peritoniti dışlandıktan sonra düşünülmemelidir.

Malinite, ototransfüzyon için kontraendikedir. Hasta, makul sıvı resusitasyonu yapıldıktan, kan ürünleri uygulandıktan, karın etrafı sarıldıktan ve potansiyel olarak ototransfüzyondan sonra stabilize edilemiyorsa, hmostaz amacıyla acil batın cerrahisi endikedir.

Abdominal serozal ayrıntı kaybı, hemoabdomen ve üroabdomen şüphesi uyardırılmalıdır. Hemoabdomen, köpeklere göre kedilerde yaygın olmayan bir hasardır. Karında serbest hava, içi boş organ perforasyonunu gösterebilir. radyografıta görünmeyen hemorajiyi dışlamak için FAST (Focused Abdominal Sonography for Trauma/Travma için Odaklı Abdominal Sonografi)-protokolü ile ultrason muayene yapılabilir. Dört kadranlı abdominosentez ve sonuçta alınan sıvı analizi sonucunda, daha fazla test veya uzmanlaşmış radyografi (IVP veya kontrastlı sitografi gibi) yapılması gerekebilir. Sıvı alınabilirse, analiz için ve endikeyse kültür için örnekler saklanmalıdır. Üroabdomenli hastalarda idrar çıkışı tipik olarak azalmıştır, hiperkalemi vardır ve seruma kıyasla karın sıvısında kreatinin elevedir.

Küçük bir molekül olan BUN, karın ve kan akışı arasında dengeyi hızla kurar. Kontrastlı sitografi, 1:3 oranında steril suyla seyreltilmiş iyot içeren kontrast ortamında 3-5 mL/kg ile yapılabilir. Radyografıta mesanenin görünmesi ve/veya üretral katerizasyon üzerine idrar varlığı, mesane yaralanmasını dışlamaz. Ürogenital kanal yaralanmasından şüphelenilen veya konfirme edilen olgularda, radyoografiyi kolaylaştırmak ve üre çıkışını izlemek için kalıcı üriner kateterler takılı bırakılmalıdır.

Abdoamniyosentez sonrası kan alınırsa, PCV ve total protein kaydedilmeli ve periferik kanla karşılaştırılmalıdır. Karında bir süredir var olan kan, pıhtılaşamayacaktır çünkü perioten boşluğu ile temas defibrinojenasyona neden olmaktadır. Hemoabdomenin ilk yönetimi, hastanın durumuna bağlı olarak kompresyon bandajı +/- kan ürünü uygulanmasıdır. PCV veya kan basıncı bu tedbirlere rağmen düşmeye devam ederse, keşif cerrahisi endike olabilir.

Konzervatif tedbirlere yanıt veren hastalarda karın bandajı 12-24 saat kalmalıdır. Bandaj, kranial ucundan başlayıp kaudale doğru kademeli ilerleyerek yavaş yavaş çıkarılmalıdır. Hemoabdomenli hastalarda,

kanama yerinde oluşabilecek pıhtıyı parçalamamak için travma stabilizasyonu esnasında sıvı dikkatli verilmelidir. Sıvı resüsitasyonu, büyük organların perfüzyonunu sağlamak için yeterli düzeyde titre edilmelidir (sistolik basıncı 80–90 mmHg üzeri, ortalama arter basıncı 60 mmHg üzeri), bunun üzerinde değil. Negatif abdominosentez, ciddi karın içi yaralanmayı dışlamaz. Karın yaralanması olduğuna dair hala kuvvetli şüphemiz varsa, tanı amaçlı periton lavajı yapılabilir.

Sedasyon (gerekirse) ve lokal anestezi altında, 18 ila 20-gauge iğne üzeri kateter karın boşluğuna kaudalden 2-3 cm umbilikusa ilerletilir ve stile çıkarılır. Laktatlı Ringer Çözeltisi (+/- heparin 250 u/L) gibi 22 mL/kg ılık, izotonik çözelti, karına enfüze edilir ve sıvıyı yaymak için hasta nazikçe döndürülür. Kateterden bir sıvı örneği alınır ve analiz için saklanır. Bakteri, WBC >1000/µL veya bilirubin bulgusu, gastrointestinal veya safra yolu rüptürü konusunda şüphe uyandırmalı ve keşif laparotomisi değerlendirilmelidir.

IV tüpünün lavaj sıvısı bulunan kısmından gazete okunup okunamadığını görmeye çalışmak, DPL sıvısını değerlendirmenin basit ama kalitesiz bir yöntemidir. Sıvı okuma yapacak kadar berraksa, sıvı genellikle benidir. Bu teknikte kesinlik yoktur.

## KARIN TRAVMASI

**Dr. Luis H. Tello MV, MS, DVM, COS**  
**National Veterinary Associates**

Abdominal trauma is a common complication of multiple-trauma or could be a separated single issue: vehicle accidents, fights, penetrating injuries, falls, hunting dogs and "step-on" accidents with puppies, small dogs or cats are common causes for this condition.

Majör travmada, karın yaralanmaları yaygındır, çoğu durumda tanıyı koymak zordur. Karın yaralanması olan insan hastalarda, olguların %40-50'si yanlış tanı almaktadır.

Ciddi olgularda, tedavi, tanıdan önce uygulanabilir. Resusitasyon, varsa ventilasyon veya oksijen anormalliklerinin düzeltilmesiyle başlar. Solunum yetmezliği riski varsa veya yaşıyorsa ventilasyon desteği verilmelidir. Kötü perfüzyon veya nefes darlığı varsa oksijen takviyesi yapılmalıdır. Hipovolemiyi düzeltmek için acil intravasküler volüm replasmanı için, periferik IV kateterlerin takılması ve sonlanım noktası resusitasyon parametrelerine ulaşıncaya kadar dengeli izotonik kristaloidlerin (10-30 ml/kg inkremental boluslar) ve sentetik koloidlerin (hidroksietil nişasta 5 ml/kg inkremental boluslar) uygulanması gerekmektedir.

Esas zorluk, her olguyu 3 grup içerisinde yerleştirmeye çalışmaktır: Öncesinde stabilizasyon yapıldıktan sonra acil cerrahi müdahale gerektiren hastalar, acil cerrahi müdahale gerektirmeyen tıbbi durumlar ve sadece izlem gerektiren durumlar.

Ancak, bu hastaların yönetimine ilişkin medikal kararlar, sadece doğru tanı koyduktan sonra alınabilir. Eksiksiz bir anamnez ve fizik muayene, bu hastalar için en önemli tanı araçlarıdır. Fizik muayenede, olası harici yaralanmalar veya bereler aranmalıdır ve karında spesifik ağrı, aşikar serbest sıvı varlığı, boyut, simetri ve renk değişikliklerini tespit etmek için nazikçe palpasyon yapılmalıdır.

Acil tanı yaklaşımının bir parçası olarak, travmatik bir olay sonrası karında serbest sıvı (kan, üre, diğer) varlığını tespit etmek için temel ultrason muayenesi olarak AFAST önermekteyiz.

Bu muayene yöntemi, çok fazla ekipman ve personele gerek olmadan acilde uygulaması hızlı, etkin, çok spesifik ve kolay bir yöntemdir.

İkinci olarak, abdominosentez, perküsyon negatifse periton lavajı karın boşluğu bütünlüğü konusunda tanı koymak için iyi kaynaklardır. Alınan sıvıların kimyasal ve sitolojik değerlendirmesi, hastayı etkileyen durum hakkında değerli bilgiler sağlayabilir.

Ağrı, karın travmasının yaygın bir komponentidir. Ağrılı uyranlar, şokla endüklenen aynı kardiyovasküler yanıtları endükleyebilir ve durumun bozulmasına katkı sağlayabilir. Analjezi uygulaması, resusitasyon sürecinin bir parçasıdır ve etkiyi güçlendirmek için sedatiflerle birlikte yapılabilir. Epidural opioid ve yerel anestetik uygulaması, intravenöz opioidlere yanıt vermeyen karın ağrısı için en etkili yöntemlerdir. Pek çok sebepten dolayı bu hastalarda NSAİİ (Non-

steroidal antiienflamatuvar ilaçlar) kullanımını tavsiye etmiyorum: koagülasyon durumunun korunması, hipotansiyon ve böbrek fonksiyonu, GI ülserasyonu ve diğer komplikasyonlar.

Minimum veri tabanı şunları içermektedir: CBC ve diferansiyel beyaz küre sayısı dahil total proteinler, karaciğer enzimleri dahil kimya, kreatinin, BUN, glukoz ve elektrolitler ve idrar tahlili ile gayta kültürü. Bazı olgularda, travmatik pankreatiti dışlamak için CPL gibi daha spesifik testler de belirtilere göre düşünülmelidir.

Varsa, karnın radyografik muayenesi, önemli veriler sağlayabilir ve akut karnın hastalığı olan hastaların tanısı, izlemi ve tedavisinin bir parçası olmalıdır. Karnın radyografik incelemesi, çoğu laboratuvar testinin sonuçlarından daha kısa süre içerisinde patolojik değişiklikleri ortaya çıkarabilir.

Abdominal serozal kayıp, hemoabdomen veya üroabdomen gibi serbest sıvı şüphesi uyandırmalıdır. Serbest peritoneal hava, içi boş organın olası rüptürü veya hayvan ısırmasının projektıl yararı gibi tespit edilmemiş penetran yaralanma şeklinde yorumlanmalıdır. Mesane veya üretra bütünlüğünü tanımlamak için gereken durumlarda, pnömosistogram veya pozitif kontrastlı siistogram kullanılabilir. Diyafram hernisi olan bazı olgularda tanıyı koymak zor olabilir ancak GI kontrast veya ultrason kesin tanı için kullanılabilir.

Bu olguların çoğu medikal stabilizasyon sonrası cerrahi tedavi gerektirmektedir. Ancak, bu hastalar cerrahiye kıyasla sadece medikal olarak tedavi edildiklerinde çıktılar açısından gerçek bir fark olmadığına dair çelişkili raporlar bulunmaktadır. Günümüzde, kesin bir tavsiyede bulunulamamaktadır, her bir hasta bireysel olarak tedavi edilmelidir.

Isırık gibi tüm penetran yaralar her zaman cerrahi olarak araştırılmalıdır. Hayvan ısırıkları çok büyük bir baskı yaratacağı için, iç organlar da etkilenebilir ve karnın boşluğuna penetre olan yaralar ilk muayenede net bir şekilde görünmeyebilir.

Isırıktan dolayı bir vücut boşluğu dışarıya açılırsa ve bu nedenle kontamine olursa, bu alanlar alltta yatan doku hasarı için detaylı şekilde incelenmelidir ardından dikkatlice ve nazikçe temizlenmelidir. Cerrah, ölü bir boşluk varsa dren yerleştirmeye gerek olup olmadığına ve karnın boşluğunu açarak inceleme aciliyeti olup olmadığına karar vermelidir.

Girdiği yerde kalan penetran yabancı cisimle birlikte hastaneye gelen hastalara sedasyon uygulanarak inceleme yapılmalıdır. Penetran bir yabancı cisimi çıkarmak için yapılacak her türlü müdahalenin cerrahi koşullar altında yapılmalıdır, hayvan sahibi asla kendisi çıkarmaya teşebbüs etmemelidir.

Üroabdomen, küçük hayvanlarda nispeten yaygın bir durumdur ve künt travmaya veya obstrüksiyonlardan dolayı idrar yolunun rüptürüne sekonder olabilir. Genellikle, tanı, kusan, diyaresi ve üüremik halitozis olan deprese hayvanın fiziksel muayenesi ile desteklenmelidir. Ürinyasyon olmaması, hayvan sahibinin bildireceği bir diğer ipucu olabilir.

Ultrason, radyografi veya palpasyon ile karnında serbest sıvı bulgusu, seruma kıyasla sıvıda kreatinin ve/veya potasyum seviyeleri belirlenerek takip edilmelidir. Kreatinin 1.4 oranında ve potasyumun 2.0 oranında

artması, üroperitoneum için tanı koydurucudur.

Tedavisi, hasta özellikle potansiyel hiperkalemi ve hipotermi için öncesinden stabilize edilerek hasar görmüş yapıların cerrahi onarımı şeklindedir.

## AKUT PANKREATİTİS

### Genel Hususlar

Ciddi akut pankreatitisin tanısı alan insanlarda mortalite oranı %50'ye yaklaşmaktadır. Alkol tüketimi ve safra hastalığı (insanlarda pankreatitisin en sık iki nedeni), veteriner hastalarda yaygın olmasa da, altta yatan selüler patofizyoloji iki tür arasında da benzerlik göstermektedir ve pankreatik asinar hücrelerin prematür aktivasyonu ile başlamaktadır.

Pankreatik enflamasyonun sistemik etkilerine yol açan enflamatör araçlar hakkında yapılan kapsamlı araştırmalara rağmen, hastalığın tedavisindeki ilerlemeler, pankreasın dinlendirilmesi ve non-spesifik destekleyici bakımın ötesine çok fazla geçememiştir. Veteriner hastalarda pankreatitis, ağırlıklı olarak spesifik bir kitle (örn. tümör, psödokist veya abse) ya da yapısal defekt (örn. safra yolları tıkanıklığı) tespit edilemiyorsa medikal bir hastalık olarak kalmaktadır.

### Etiyoloji & Klinik Bulgular

Hem köpeklerde hem de kedilerde sıklıkla pankreatitisin altta yatan nedeni bilinmemektedir. Ancak Byers tarafından 2020'de çeşitli risk faktörleri bildirilmiştir.

<b>Köpek ve Kedilerde Pankreatitis Gelişimine ilişkin Risk Faktörleri</b>	
İrk / Soy	<i>Köpekler:</i> Minyatür Schnauzer, Dakhund, Kaniş, İspanyol Cocker (Cocker Spaniels), Foksterier, Layka, Alaska Malamutu (Kurdu) <i>Kediler:</i> Siyam, Evcil kısa tüylü (Domestic short-haired)
Biyokimyasal	<i>Köpekler:</i> Hiperlipidemi, hiperkalsemi <i>Kediler:</i> Hiperkalsemi
Üreme durumu	<i>Köpekler:</i> Kısırlaştırılmış/kastre
Vücut Durumu	<i>Köpekler:</i> Fazla kilo, obez
Eşzamanlı Metabolik Bozukluklar	<i>Köpekler:</i> Diabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, neoplazi, konjestif kalp yetmezliği, otoimmün bozukluklar, enflamatuvar bağırsak hastalığı <i>Kediler:</i> Enflamatuvar bağırsak hastalığı, kolanjiyohepatit
Yaş	<i>Köpekler:</i> >7 yaş
Beslenme	<i>Köpekler:</i> Olağandışı yiyeceklerin yutulması, çöpten beslenme, sofranın artıklarının tüketilmesi
Enfeksiyonlar	<i>Kediler:</i> <i>Eurytrema procyonis</i> , <i>Amphimerus pseudofelineus</i> , <i>Toxoplasmosis gondii</i> , Feline calicivirus (FCV-Ari), feline enfeksiyöz peritonit(?), feline parvovirus(?)
Çeşitli	<i>Köpekler:</i> Kısırlaştırma hariç cerrahi öyküsü <i>Kediler:</i> Safra reflüsü (kolanjiyohepatit ilişkili[?]), duodenal reflü (IBH ilişkili[?]) <i>Her İkisi:</i> Ortak safra yolu obstrüksiyonu, iskemi, pankreas tümörleri
İlaçlar	<i>Köpekler:</i> Azatioprin, potasyum bromür, sulfonamidler, <i>N</i> -metil-glukamin, antikolinesterazlar, L- asparajinaz(?), <i>Kediler:</i> Organofosfatlar <i>Şüpheli ilaçlar; vinka alkaloidleri, furosemid östrojen, tiazid diüretikler ve salisilatları içermektedir.</i>

*Köpekler:* Etkilenen köpeklerin çoğunda hastalık seyri hafif ve kendiyile sınırlıdır ve bu hastaların bazıları

subklinik kalmaktadır; çoğu köpek aslında tanısız kalabilmektedir. Orta yaşlı dişi köpeklerde diğer hasta popülasyonlarına kıyasla akut pankreatitis gelişme olasılığı daha yüksektir. Köpeklerde aşağıdaki klinik bulguların var olduğu bildirilmiştir:

- Dehidratasyon (%97)
- Anoreksi (%91)
- Kusma (%90)
- Güçsüzlük (%79)
- Karın ağrısı (%58)
- Obezite (%43)
- Diyare (%33)
- Pireksi (%32)
- İkterus (%32)

Köpeklerde daha az sıklıkla bildirilen diğer belirtiler arasında, kranial abdominal kitle palpasyonu, solunum güçlüğü, kardiyak disritmiler ve/veya koagülopatiler yer almaktadır.

*Kediler:* Anlamli bir yaş veya cinsiyete bağıli yatkınlık bildirilmemiştir. En yaygın klinik belirtiler; hiporeksi/anoreksi (%63-100) ve letarjidir (%50-100). Kediler nadiren kusar (%35-52) ve naitren preksi belirtisi gösterirler (%7). Bildirilen diğer klinik belirtiler; dehidratasyon (%33-92), PUPD (%20), diyare (%11-15), k,lo kaybı (%33), takipne (%74), hipotermi (%68), taşikardi (%48), karında rahatsızlık (%9-25), ikterus (%16-64) ve dispnedir (%20). Kedilerin yaklaşık dörte birinde, karında palpe edilebilir bir kitle vardır ve bu, mezenterik lenfadenomegali olarak yanlış tanı alabilir veya intestinal yolla ilişkilendirilebilir.

### **Laboratuvar Testi**

Eksiksiz anemnezi aldıktan ve detaylı fizik muayene yaptıktan sonra, akıllı bir klinisyen aşağıdakileri içeren ilk testleri mantıksal bir sıra izleyerek gerçekleştirmelidir:

- Tam kan sayımı (non-rejeneratif anem, hemokonsentrasyon, lökositöz veya lökopeni)
- Serum biyokimya profili (iyonize hipokalsemi, artmış hepatoselüler ve kolestatik enzimler, hiperbilirubinemi, hypoalbuminemi, hiperglisemi, hiperkolesterolemi, azotemi, hipokalemi)
- İdrar tahlili (değişken özgl ağırlık, proteinüri)
- Serum pankreas-spesifik lipaz

### **Tanısal Görüntüleme**

Akut panreatitisli hastalar için çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılabilir:

*Abdominal Radyografi (AXR):* Abdominal radyografi, yaygın olarak mevcut olan, finansal olarak uygun, güvenli ve non-invazivdir; ayrıca, bu yöntemin muğlak gastrointestinal belirtilerin bazı nedenlerinin dışlanmasında fayda sağladığı gösterilmiştir. Akut pankreatitisin röntgen bulguları arasında, kranial abdomende serozal ayrıntıların kaybolması, pilorik antrum ve proksimal duodenum arasındaki açının artması, sol gastrik displasman, desandan duodenumun sağ ve/veya ventral displasmanı, dilate hipomotil desanan duodenum ve transvers kolonun kaudal displasmanı yer almaktadır.

*Abdominal Ultrasonografi (AUS):* AXR'ye kıyasla, AUS, pankreatisin tanısı için daha sensitif ve spesifiktir. Köpeklerde, Hess ve ark. histopatoloji ile teyit edilen pankreatitisli hastaların %68'inde pankreatitisle uyumlu ultrasonografik değişiklikleri belirlemiştir. Williams ve ark. abdominal ultrason muayenesi yapılan ve AUS sonrası üç gün içinde fPLI'sı ölçülen 35 kediyi değerlendirmiş ve pankreatitisle uyumlu klinik belirtileri tespit etmiştir.

Bilgisayarlı Tomografi (BT): İnsanlarda pankreas hastalığının tanısı için BT bir kilometretaşdır. Kontrast tutulumu, insanlarda BT'nin doğruluğunu artırmaktadır ve BT'de pankreatik değişikliklerin ciddiyeti ile hastalık şiddeti arasında bir korelasyon vardır.

Manyetik Rezonans: Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), ultrasonografik bulguları kuşku olan hastalar için faydalı olabilir.



## **Tedavi ve İzlem**

Akut pankreatitisin tedavisinde, altta yatan yatkınlık yaratıcı faktörlerin düzeltilmesi ve pankreas enflamasyonunun azaltılması amaçlanmaktadır. Destekleyici tedavi, akut pankreatisin ana tedavisi olmaya devam etmektedir, dolayısıyla Kirby'nin 20 Kuralına uyum, hastalara mantıklı şekilde müdahale edilmesini sağlayacak ve tedavi ve izlem konusunda yol gösterecektir. Yeterli ağrı kontrolü için, opioidlerin genellikle sabit hızda enfüzyonlar (CRI) ile saf mu-opioidlerinin verilmesi gerekmektedir. Analjezi için multimodal bir yaklaşım tavsiye edilmektedir ve genellikle intravenöz ketamin CRI, gabapentin, epidural kateterler ve intra-peritoneal lokal anestezi enfüzyonu verilmektedir.

Bulantı ve parolitik ileus insidansı dikkate alındığında, antiemetik tedaviye yönelik multimodal bir yaklaşım faydalı olabilir. Bulantı kontrolünde 5HT<sub>3</sub> antagonistleri (dolasetron, ondansetron) ve alfa-2 adrenerjik antagonistleri (klorpromazin) çok etkilidir. Bir NK<sub>1</sub> antagonisti olan Maropitant, bulantı kontrolünde oldukça etkilidir ve madde P modülasyonu ile faydalı ek anti-enflamatuvar ve analjezi etkiler sağlayabilir. Deneysel kedi modellerinde, dopaminin pankreasın mikrovasküler geçirgenliğini azalttığı ve pankreasta kan akışını iyileştirdiği gösterilmiştir; dolayısıyla, akut pankreatitisi kedilerde bir dopamin antagonisti olan metaklopramidin kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır.

AP'de beslenme yönetimi, giderek dikkat çeken başka bir alandır. "Pankreasın dinlendirilmesi" ve hastanın NPO tutulmasına yönelik önceki tavsiyeler yerini yeni bir teoriye bırakmıştır. Bu teoriye göre, hastanın tolere etmeye başlar başlamaz beslenmesi, besinlerin doğrudan hasarlı bağırsak hücrelerine iletilmesine, bakteriyel translokasyonun azaltılmasına ve pankreas enflamasyonunun azaltılmasına yardımcı olmaktadır.

Beslenme desteği, başarılı bir çıktının maksimize edilmesi için çok önemlidir ve mümkün olduğunca kısa sürede uygulanmalıdır.

Akut pankreatitisi köpeklerde, alfa-2 makroglobulin seviyeleri azalmıştır ve bu da mortalite artışıyla ilişkilidir. Taze donmuş plazma (FFP) alfa-2 makroglobulin içerdiği için, bu sıvıyla tedavinin teorik olarak bir faydası bulunmaktadır.

## **Prognoz**

Prognoz, genellikle akut pankreatitisi kedi ve köpeklerde değişkendir. Köpeklerde, hafif olgularda prognoz genellikle iyidir ancak ciddi veya reküran pankreatitiste prognoz konusunda ihtiyatli olunmalıdır. Mansfield *ve diğ.* teyitli akut pankreatitisi 61 köpeği retrospektif olarak değerlendirmiştir.

## ÇEŞİTLİ TRAVMA VAKALARI İÇİN HAZIRLANMA

**Dr. Luis H. Tello MV, MS, DVM, COS**  
**National Veterinary Associates**

*"Travmada: doğru şeyleri yapmak, işleri doğru yapmaktan farklıdır"*

*Her pratikte acil durumlarla ilgilenmesi gerektiği belirtilse de, yapılan az sayıda araştırmada uygun eğitim programlarının olmadığı, hazırlık protokollerinin oluşturulmadığı ve acil olgulara yönelik ekibin dahili bir protokol geliştirdiği tespit edilmiştir.*

Sekreter, resepsiyonist, yardımcı personel ve tıp personeli dahil hastane personelinin yeterli eğitiminin acil durumların başarılı tedavisinde merkezi bir unsur teşkil ettiği tartışmasız bir konudur. Bu nedenle, her şeyin hızla ve etkin bir şekilde harekete geçecek şekilde kurgulandığı acil durumların sürekli olarak prova edilmesi gerekmektedir. Acil bir vakanın hazırlanması da eşit derecede önemlidir, bu vakalarda mortalite oranını azaltmaya yardımcı olmaktadır. Herkes, gerçek bir acil durumda ne yapması gerektiğini ve nereye gitmesi gerektiğini bilmelidir.

Hasteninizin acil durum için hazırlanmasında ilk adım, herkesin bu tür bir vakayla ilgilenirken kendini rahat hissedip hissetmediğinin açıkça tartışılmasıdır. Çoğu kişi, durumun yarattığı stres ve kaygı baskı yaratana kadar bu konuda iyi olduğunu düşünür. Ancak bu vakalara herkes hazırlıklı değildir ve bu vakalarla herkes çalışamaz.

### **İLK YARDIM VE NAKİL**

Hayvan sahipleri, yaralanma yerinde önemli medikal destek sağlayabilir. Çağrıya cevap veren kişi, görüşme esnasında hayvanın mental durumu, solunum paterni ve perfüzyon durumunu hayvan sahibinden bilgi alarak tespit etmeye çalışmalıdır.

### **Telefonla Triyaj**

Genellikle müşteriler telefonla acil durum çağrısı yapmaktadır, dolayısıyla telefoonda triyaj yapılabilir. Telefonla yapılan triyajda çağrı kaydı tutulmalıdır. Çünkü, yasal bir belge olan çağrı kaydının, yerel yasal düzenlemelere bağlı olarak birkaç yıl saklanması gerekmektedir. Müşterinize verdiğiniz tavsiyelerin yasal sonuçları olabileceğini unutmayın, dolayısıyla kendinizi ve kliniğinizi korumak için telefon görüşmelerinizin kaydını tutmak önemlidir.

İlk olarak hayvan sahibi kaygılı olabilir. Sahibinden olay yerini incelemesini ve güvenli bir yere geçmelerini isteyin.

Hayvanınız güvenli bir yerde mi?

Hayvanınız uyanık mı yoksa bilinci kapalı mı, komutlarınıza yanıt veriyor mu?

Hayvanınız nefes alıyor mu, solunumunda sorun var mı?

Dişetinin rengi ne?

Hayvanınız ağırlığını taşıyamıyor ve anormal bir pozisyonda topallıyor mu?

Bir sonraki adım, **ÇOK ÖNCESİNDEN** ekip ve ekipmanlar için dahili bir oorganizasyon yapmaktır:

- Her vardiyada acil ekibinin şefini belirleyin
- Hastanenin hangi alanında acil odası olacağını belirleyin ve iletin
- Acil odasında hangi ekipman ve malzemelere ihtiyaç olacağını belirleyin
- Gerekli malzeme ve materyallerin bulunduğu acil müdahale arabası oluşturun
- Acil bir durumda her çalışanın rolünü tanımlayın ve iletin
- Müşterilerinize dair tahminleri önceden belirleyin ve dokümente edin
- Acil vakaların sahipleri/müşteriler için bir alanı bekleme odası olarak belirleyin ve düzenleyin
- Medikal protokolleri tartışın: Kim neyi, ne zaman ve nasıl yapacak
- Eğitim, eğitim ve ....eğitim!
- Acil yönetimi konusunda sürekli eğitimi teşvik edin: Veteriner hekimlikte diğer alanlardan daha hızlı değişmektedir
- Eylemleri değerlendirin
- Vakaları birlikte değerlendir

## HASTANİN HAZIR BULUNUŞLUĞU

Yaşamı tehdit eden çeşitli durumlar için rolleri önceden belirleyerek ve yapılabilecek müdahaleleri pratik ederek kıymetli bir zaman kazanır ve hasta morbiditesini düşürürsünüz.

Veteriner hastanesinin hazır bulunuşluğu için, acil hastaların kabulü, değerlendirmesi ve tedavisi için bir yer ayarlanması gerekmektedir. Bu alanda, yaşam tehdit eden durumların çoğunda resüsitasyon için gerekli temel ekipman ve ilaçlar bulunmalıdır. İntravenöz (IV) kateter takılması için traş makineleri ulaşılabilir bir yerde muhafaza edilmelidir. İntravenöz uygulama kiti takılı olan IV sıvılar, kabul alanında kullanıma hazır şekilde asılı bulundurulmalıdır. Oksijen takviyesi, sakşım üniteleri ve küçük ve büyük AMBU torbaları ile oksijen takviye kitleri resüsitasyon alanının yakınında bulundurulmalıdır.

### Acil Müdahale Arabası

Endotrakeal tüpler: kafı şişirilebilir şırıngaların halihazırda takılı olduğu ve stiletlerin bulunduğu #3, 5, 8, 10, 14

Laringoskop: büyük ve küçük blade'ler

Acil durum ilaçları: epinefrin, lidokain, atrofin, kalsiyum glukonat, insulin, dekstroz, sodyum bikarbonat ve iğneleri takılı şırınga çeşitleri (1-, 3-, 6-, 12-cc)

Cerrahi kıyafetler ve bandaj malzemesi: IV kateter takılması ve cerrahi işlemler için

İlaç uygulaması: IV kateterler: 14, 16, 18, 20, 24 ayar, intraoseöz kateterler, polipropilen tüpler (ilaçların intratrakeal yolla uygulanması için)

Göğüs aspirasyon ekipmanı: 1.5"- 18 ve 22 ayar, iğneler, 3 yönlü valf, uzatma kiti, 60cc şırınga; #10 bistüri blade

Stat veritabanı: PCV/TS için kapiler tüp ve kil, dekstroz, BUN ve elektrolitler

Minör cerrahi paket: Acil torakotomi, trakeostomi ve torakotomi tüp yerleştirilmesi için enstrümanlar bulunmalı

EKG, farklı kaf ebatlarında kan basıncı

Puls oksimetri, soluk sonu CO2

Defibrilatör: internal ve ekstranel pedalli

Sakşın aparatları: Yankauer ve esnek uçlu

Alana özel oksijen tedariki

## Acil Duruma ilişkin Genel Hususlar

Tanımla itibariyle, tıbbi acil durumlar, aniden "ortaya çıkan" veya "acilen" müdahale edilmesi gereken beklenmeyen durumlar veya olaylardır ve genellikle dahil olan herkes için kritik bir olaydır.

Son yıllarda, insanlar ve küçük hayvanlar arasındaki dostluk ve yakınlık, aile yapısını ve bireylerin duygusal desteğine yönelik yolları etkileyen sosyal değişimler karşısında yoğunlaşmıştır. Pek çok kişi için evcil hayvanlar ek bir duyuşsal, sosyal destek ve duygu kaynağıdır ve birer aile ferdi haline gelmiştir; çoğu durumda, örneğin yaşlıların en yakın arkadaşları ve gerçek partnerleri olmaktadır.

### **KRİTİK BİR DURUMDA KONTROL NASIL SAĞLANIR**

Bazı kişiler kritik bir durumla karşılaştığında sakin kalmayı ve etkili şekilde çalışmayı başarsa da, büyük çoğunluk irrasyonel ve rahatsız edici şekilde çalışmaktadır. Genellikle kriz anında insanlar korku, öfke, suçluluk, kafa karışıklığı yaşamaktadır ve genellikle kontrolünü kaybetmekte, kendilerine verilen bilgileri anlamada güçlük çekmekte ve çevreleriyle ve etrafındaki kişilerle uygun şekilde iletişim/etkileşim kurmada çok zorluk çekmektedir.

Büyük kliniklerde veya veteriner hastanelerinde, genellikle primer desteği sağlamakla sorumlu kişi, önemli ilk bilgileri almak ve hayvan sahibi ile veteriner hekim arasında iletişim bağlantısını kurmak için durumu stabilize etmek ve kontrol altına almakla sorumlu olan sekreter veya resepsiyonisttir. Bu görev, öğrenci veya genç tıbbi intern tarafından da yerine getirilebilir ancak küçük klinikte bu görev bize düşecektir. Ancak, veteriner hekimin yegane sorumluluğu, hastanın durumu ve farklı tedavi seçenekleri hakkında yapılacak görüşmedir.

### **Kelimelerle iletişim kurun.**

Kriz halinde olan bir hayvan sahibine bilgi vermek istiyorsanız, **uygun bir atmosfer** yaratmalısınız. Rahat, sakin ve özel bir atmosfer sunan fiziksel alanın hazırlanması önemlidir. Bu amaç doğrultusunda, bekleme odası, ofis veya bir muayene odası hazırlanabilir. Her zaman telefona kolay erişim sağlanmalıdır ve mümkünse kağıt mendil bulundurulmalıdır. Gürültü ve müdahaleden uzak, kişinin güvenli ve emniyetli hissetmesini sağlayan, maruz kaldığı stres yükünü hafifleten sakin bir ortam oluşturulmalıdır. Ancak, mahremiyet, tecritle karıştırılmamalıdır; evcil hayvanlarına ne olduğu hakkında iletişim eksikliği, yanlış beklentilere ve ilave belirsizliklere neden olabilir.

### **EKONOMİK VE FİNANSAL BOYUT**

Farklı tedavi seçenekleri hakkında görüşürken, hayvan sahibinin tedaviyi ödeme sorumluluğu gibi bazı temel konuları tartışarak müşteriye maliyetler ve finansal olasılıklar hakkında bilgilendirmek önemlidir çünkü hayvan sahibinin finansal gücü olduğunda bile veteriner hekimin tedavi verme konusunda manevi bir yükümlülüğü olduğuna dair genellikle yanlış bir kanaat vardır.

Farklı işlemler açıklayarak ve profesyonel ücretlerin neden alındığını ayrıntılarıyla anlatarak

maliyetlerin neler olduğunu gerçək örneklerle göstermek önemlidir.

Bazen de tedavi alternatiflerini karşılayamayacak durumda olan müşterilerle de karşılaşabiliriz. İnsan tıbbının aksine, hayvanlarda güvence sistemi veya devlet tarafından yapılan sağlık sigortası yok. Bu bağlamda, sorunun çözümü, her bir veterinerlik kliniğinin etik veya manevi kavramında ve her bir özel durumun analiz edilmesinde yatmaktadır.

## **DOĞAL ÖLÜM VE ÖTANAZİ**

### ***Ani Ölüm ve Resüsitasyon Rehberi***

Kliniğimizde, hemen veya uzun süre hastanede kalıktan sonra hasta ölebilir. Kliniğe geldiğinde veya birkaç dakika sonrasında hastanın ani ölümü, hem bizim için hem de sahibi için gerçekten zorlayıcı hale gelebilir.

hastalar, non--resüsitasyon, kapalı göğüs CPR ve açık göğüs CPR olarak kategorilere ayrılması gerekmektedir. Bu, hem klinik geçmişinde hem de hastanın her zaman taşıdığı tabloda net şekilde gösterilmelidir.

### **Ötanazi**

Ötanazi, medikal bir manevradır ve temel amacı, iyileşme şansı hiç olmayan hastaların, makul bir yaşam kalitesine sahip olmasını sağlamak için daha fazla acı yaşamalarını önlemektir. "Yaşam kalitesi" tanımını farklılık gösterebilir.

Hayvan sahibi, ötanaziye tanıklık etmek isterse, uygulanacak ilacın miktarı ve beklenen reaksiyonların neler olduğunu (dışkıyı yapma, idrarını yapma, kas krampları, içgüdüsel hareketler vs.) dahil bütün süreci adım adım açıklamalıyız. Bu açıklama, işlem esnasında kaygıyı azaltacaktır.

Yüz yüze ötanazi esnasında, hayvan sahibi girmeden önce venöz kateteri takmak (sahibinin veniponksiyona şahitlik etmesini önlemeye çalışın), hastayı en rahat pozisyyonda konumlandırmak ve üzerine örtü örtmek uygun olacaktır, böylelikle sahibi duygusal olarak sakin kalacaktır. Hasta bazı kontrol cihazlarına bağlıysa, tüm alarmların sökülmesi hayati önem taşır. İşlem öncesinde veya sonrasında sahibinin hayvanıyla bir süre yalnız kalabileceğini söyleyebilirsiniz.

Müşterinin ötanazi kararı ve resüsitasyon talimatları, imzalı bir belge ile düzgün şekilde kayıt altına alınmalıdır ve hasta ve sahibinin bilgileri net şekilde belirtilmelidir. hayvan sahibi tarafından el yazısıyla yazılmalıdır.

## Kusan Hasta

### **Giris**

Hayvanlarda kusma, minör hastalıktan majör hastalıpa kadar bir spektruma uzanabilmektedir, majör hastalıklar bazen uygun tanı ve tedavi gerektiren akutdabomen şeklinde prezente olabilmektedir. Bu tartışmada, akut abdomen özellikleriyle başlayıp ardından kusmanın çeşitli sebepleri incelenecektir.

### **Fizik Muayene Bulguları**

Karın ağrısının neden olduğu tipik postür, hastanın ayakta veya yatar pozisyonda olup olmadığına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bazı hastalarda, karın palpasyonu sonucunda, karın içi belirgin patolojiye rağmen gerginlik belirtisi olmaksızın duvarın kolay katlandığı görülebilir. Bu beklenmeyen bulgu, ağrı hastalarda daha yaygın görülmektedir.

Sıcaklık, nabız ve solunum hızı (TPR), akut abdomende genelde artmaktadır. Bu hızlar, sistemik enflamatuvar yanıt sendromunun (SIRS) göstergesi olabilir ve altta yatan ciddi bir hastalığı işaret edebilir. Diğer taraftan, bradikardi ve yavaş solunum gösteren soğuk bir hayvanda, yakında ölüm olabilir.

İkterus, anemi, GI kanaması gibi diğer fiziksel anormallikler, lokalize bir değeri olabilecek ya da bazı primer hastalık süreçlerinden dolayı bir ya da daha fazla organın sistemik tuutulumunu temsil edebilecek önemli belirtilerdir. Abdominal hastalığı olan hayvanlarda mümkünse rektal muayene yapılmalıdır. Kedilerde, bu işlem öncesinde sedasyon yapılması tavsiye edilmektedir. Melana veya hematokezi varlığı, lezyonun proksimal veya distal bağırsakta kökenini lokalize etmeye yardımcı olabilir. Kitlesel proksimal bağırsak hemorajisinin, ozmotik etkiden ve çok miktarda karın sindirim kanalından hızlı geçişinden dolayı rektumdan hematokezi olarak çıkabileceğinin farkında olunması önemlidir.

### **Tanı Yaklaşımı.**

Fizik muayene hayati öneme sahiptir. Muayene bulguları, karın içi bir hastalığa işaret ediyorsa, temel tanı çalışmasında, hemogram, serum kimya analizi, idrar tahlili, radyograf (göğüs ve karın) ve abdominal ultrason yapılmalıdır. Abdominal BT gibi ileri görüntüleme yöntemleri bazen endikedir.

Karaciğer serum enzimlerinde artış, hepatobiliyer sistemi tutabilen primer bir patolojiyi temsil edebilir veya hepatik kolestaza neden olan sistemik bir hastalığın sekonder etkilerini temsil edebilir. Abdominal görüntüleme, özellikle ultrason, bu ayrımın yapılmasına yardımcı olmaktadır.

Diğer serum kimya parametreleri, idrar tahlili ve gayta analizi, uygulanacak tedavi ve tanıyı etkileyecek önemli bilgiler sağlayabilir.

Tanısal görüntülemede, göğüs ve karın radyografları ve abdominal ultrason yapılmalıdır. Hem A-FAST hem de T-FAST işlemleri, acilde yaygın olarak yapılmaktadır fakat karın boşluğunu eksiksiz şekilde araştırmak için kapsamlı inceleme yapılmalıdır. Efüzyonların tespit edilmesi halinde, sitolojik, biyokimyasal ve mikrobiyolojik değerlendirmeler için örnek alınmalıdır. Septik eksüda, serbest hava ve bağırsak segmentlerinin anormal şekilde geniş distansiyonlarının keşfedilmesi, hasta medikal olarak stabilize edildikten sonra acil cerrahi konsültasyonu için her zaman endikedir.

Gastrointestinal (GI) acil durumlar, veteriner hekimlerin tedavi ettiği tüm acil durumların önemli bir kısmını teşkil etmektedir. En sık görülen GI acil durumları şunlardır: gastroenterit +/- enterotoksemi, GI yabancı cisim obstrüksiyonu, kanama ve perforan ülserler ve itususepsiyon. Bağırsağı, hepatobiliyer ağacı ve pankreası tutan diğer kaydadeğer sorunlar arasında kanamalı GI tümörleri, bağırsak enfarktüsü, intestinal volvulus, hepatik abse, amfizematöz kolesistit ve akuut pankreatit yer almaktadır. Bu bozuklukların her biri, kritik hastalığa yol açsa da, her birinin karakteristik klinik bulguları vardır ve bu bulguların dikkatli klinisyenlerce tespit edilmesi

gerekmektedir. Bunların bazıları son bölümde irdelenecektir.

<b>KUSMA VE DİYARE TÜRLERİ</b>	<b>LEZYONUN LOKASYONU</b>
<b>KUSMA</b> 1. Mukoid 2. Şeffaf sulu 3. Taze kırmızı kan 4. Koyu kahverengi ("kahve telvesi") 5. Sulu safra 6. Bulanık	Özofagus, mide Mide Özofagus (nadir), mide Mide Üst ince bağırsak Distal ince bağırsak, kalın bağırsak
<b>DIYARE</b> 1. Taze kırmızı kan 2. Melena 3. Sulu kahverengi 4. Mukoid +/- kan	Orta ince bağırsaktan distal kalın bağırsağa kadar Mide, proksimal ince bağırsak İnce bağırsak Kalın bağırsak

### **KLİNİK BOZUKLUKLAR-- ÖZELLİKLER**

**GASTROENTERİT (GE):** Muhtemelen en sık görülen GI bozukluğudur. Genellikle dikkatsiz beslenme, parazitler veya enfeksiyondan kaynaklanmaktadır. Tedavi yoğunluğu, 8-24 saatlik basit NPO'dan subkutan veya IV sıvı ihtiyacına kadar uzanan spektrumda olabilmektedir. Enterik kaplama ilaçları genellikle yardımcı olmaktadır - en kolayı Pepto-Bismol® tabletleridir. Altta yatan nedenin tedavisi, komplet kür için gereklidir.



Tedavide genellikle izotonik kristaloid çözelti ile volüm yükleme (LRS veya asetatlı Ringer) yapılması ve akabinde devam eden kayıplar varsa normal miktarların iki katı ile idame edilmesi gerekmektedir. Kan şekeri değeri < 70 mg/dl ise IV glukoz verilmelidir. Ciddi hipoproteinemi (albumin < 2.2 gm/dl) plaz

**GASTROİNTESTİNAL YABANCI CİSİM:** Anamnez, erişim hakkında bilgi sağlayabilir. Kusma ve anoreksi, en sık görülen belirtilerdir; diyare nadirdir. Abdominal palpasyon ile, genellikle ince bağırsak yabancı cisimleri tespit edilebilir. Sublingual değerlendirme ile, lineer yabancı cisim veya böyle bir travmadan kaynaklanan sirkumferansal ülser tespit edilebilir. Pilorik çıkım obstrüksiyonlarına, tipik olarak metabolik alkaloz ve hipokalemi eşlik etmektedir. Radyograflar, obstrüksiyonla uyumlu tipik asimetrik distande ince bağırsak düğümlerini göstermektedir; gastrik çıkım obstrüksiyonlarında genellikle gastrik distansiyon görülmektedir. Metabolik alkalozlu hastaların sıvı tedavisinde, KCl ilave edilmiş %0.9 NaCl verilmelidir. Anormal kan pH'ı olanlara, LRS veya asetatlı Ringer çözeltisi verilebilir. tıkanmış bağırsağı tutan "3. boşluk" oolusundan dolayı çift idame volümleri uygulanmalıdır.

**MİDE ÜLSERLERİ:** Anamnez, NSAİ'ler., yabancı cisimler, glukokortikoidler veya mast hücreli neoplazi gibi yatkınlık yaratan faktörleri ortaya çıkarır. Vomitus, kan veya "kahve telvesi" ihhtiva edebilirken, rektal muayene melanayı sıklıkla göstermektedir. Tanı, endoskopi veya laparotomi ile koyulmaktadır.

**INTUSUSEPSİYON:** En çok genç hayvanları etkilemektedir; sıklıkla enteritle ilişkilidir. Yetişkin kedilerde, lenfoma intususepsiyona yol açabilir. Diyare genellikle enteritten kaynaklanmaktadır ve enterite ek olarak intestinal obstrüksiyonun bir sekeli olarak meydana gelmektedir. Abdominal palpasyonda tipik olarak "sosis benzeri" ince bağırsak kalınlığı görülmektedir. İntusepsiyon "kaysa" bile, bu görüntü kaybolabilir bile. Klinik patoloji ve radyografi, genellikle katkı sağlamaz.

**AKUT PANKREATİT:** Etiyoloji genellikle bilinmemektedir. Belirtiler: ani başlangıçlı kusma, depresyon ve anoreksi. Bazen diyare olmaktadır. Fizik muayene bulguları, "hafif hasta"dan terminale yakın hipovolemik şoka kadar seyreden bir şiddette olabilir. Tanı, tüm klinik parametreler, özellikle ultrasonografi yardımıyla koyulmaktadır. Genellikle medikal olarak tedavi edilmektedir ancak abdominal sıvı sitolojisinde abdominal sepsis aşıkarsa cerrahi endikedir.