

Masif Alt Gastrointestinal Kanama ile Giden Bir İntestinal Behçet Vakası

Dr. Meltem BİNGÖL , Dr. Osman DOĞRU, Dr. Nuri A. KAMA

Özet: Masif alt gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle izlenen, aftöz lezyonları, deri lezyonları ve art-ralji şikayeti bulunan 55 yaşındaki bayan hastanın exploratris laparatomisinde çekuma lokalize, multipl, serozaya uzanan olserasyonlar saptandı. Alınan biyopsi sonucu intestinal Behçet hastalığı ile uyumlu değerlendirildi. Behçet hastalığının intestinal tutuluma bağlı olarak nadiren masif alt gastrointestinal sistem kanaması gelişebilmektedir.

Anahtar kelimeler: Behçet hastalığı, komplikasyon, alt gastrointestinal sistem kanaması, etyoloji

Masif alt gastrointestinal sistem kanamalarının (A. G. İ. S) Boley ve arkadaşlarının 1981' de yayınladıkları klasifikasyona göre; (1) 60 yaşın altındaki erişkinlerde en sık nedeni divertikülozis koli iken 60 yaşın üzerindeki grupta vasküler ektazilerdir. Sağ kolonda en sık masif kanama yapan neden vasküler ektazi iken sol kolonun masif kanamalarından en sık kolon divertikülozisi sorumludur (2). Kolon divertikülleri en sık sol kolonda yerleşirken kanayan divertiküllerin % 70'i sağ kolonda lokalize olmaktadır (3). Masif alt GİS kanaması ile giden diğer patolojiler (Tablo 1), inflamatuvar bağırsak hastalıkları, polipler, malignansiler, arterivenöz malformasyonlar ve vaskülit sendromları olabilmektedir (1,2,4,5). Behçet hastalığının gastrointestinal tutulumu da banzer olaya neden olabilecek patolojiler arasında sayılmaktadır (6,7,8,).

Biz bu yazıda üç hafta süre ile kliniğimiz dışın-da takip edilmiş olan ve iki gün süreyle cerrahi yoğun bakımda izlediğimiz masif alt gastrointestinal sistem kanamalı bir vakayı sunmak istedik.

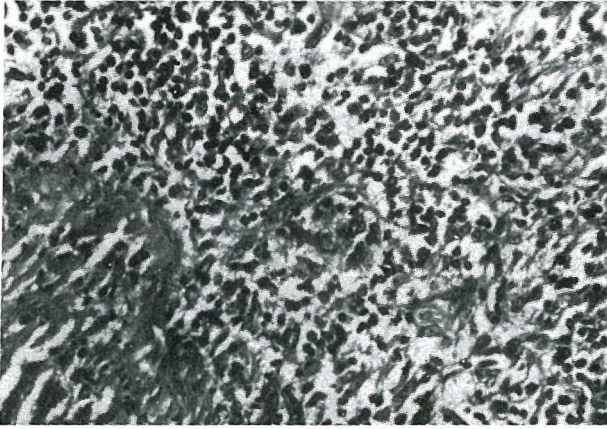
Ankara Numune Hastanesi 4. Cerrahi Kl.

Summary: *INTESTINAL BEHÇET'S DISEASE WITH MASSIVE LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING*

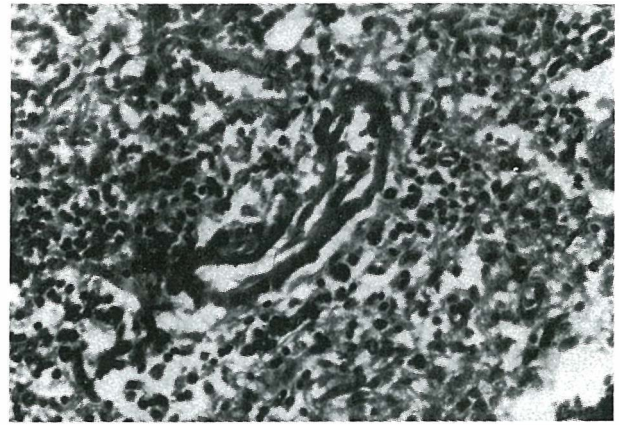
55 year old woman presented with recurrent aphthous ulcerations, skin lesions and arthralgia, developed massive lower gastrointestinal bleeding. Explorative laparotomy was performed and multiple, deep ulcerations in the cecum were detected. Multiple biopsies from this area were taken. Pathologic examination was consistent with intestinal Behçet's disease. Major gastrointestinal bleeding is a rare manifestation of intestinal involvement of Behçet's disease,

Key words: Behçet's disease, intestinal involvement, complication, major lower gastrointestinal bleeding, ethiology

VAKA : 55 yaşındaki bayan hasta dahiliye servisinden kliniğimize genel durumu kötü ve bilinci kapalı olarak nakledildi. Öyküsünden 4-5 ay önce hastanın yaygın aftöz lezyonların geliştiği, halsizlik, yüksek ateş, boğaz ağrısı, eklem ağrıları şikayetlerinin geçmediği öğrenildi. Hastanın bu şikayetlerin başlangıcından 2 hafta kadar sonra bilinç kaybına neden olan ve hospitalizasyonunu gerektiren, kesin tanısı bilinmeyen serebral bir olay geçirdiği ve bu nedenle hospitalizasyonu sırasında karın ağrısı şikayetinin ve masif üst gastrointestinal sistem ve aynı anda alt gastrointestinal sistem kanamasının geliştiği öğrenildi. Hastanın tıbbi tedavilerle kanamalarının kontrol altına alındığı, bilinç durumunun düzeldiği ve taburcu olduktan sonraki 3 ay süresince genel durumun normal günlük aktivitesine dönebilecek kadar iyi seyrettiği anlaşıldı. Daha sonra hastanın aftöz lezyonlarının, ateş, halsizlik, eklem ağrıları şikayetlerinin tekrarladığı, hastanemiz KBB servisinde oral moniliasis tanısıyla izlendiği, tıbbi tedaviye cevap vermemesi, genel durumunun kötüleşmesi, ekstremitelerinde makülopapüler eritemli lezyonların gelişmesi, karın ağrısı ve sarılık şikayetlerinin gelişme-



Resim 1: Yüzey epitelinin tamamen dökülmüş olduğu bir alanda submukozada lenfositlerden zengin yoğun mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu ile çevrelenmiş, duvarında PMN lökositlerin ve az miktarda fibrinoid materyelin izlendiği küçük bir damar yapısı (HE x400).



Resim 2: Submukozada fibroblastlardan zengin bir alanda, çevresinde lenfosit infiltrasyonu izlenen, duvarı fibrinoid materyel birikimi ile kalınlaşmış ve az sayıda PMN lökositler içeren bir damar yapısı (HE X 400).

si üzerine hastanemiz dahiliye servisine nakle edildiği ve burada izlenirken abondan rektal kanamasının olduğu, hastaya 1 hafta içinde 15 ünite kan transfüzyonu yapıldığı öğrenildi. Hasta servisimize nakledildiğinde Fizik muayenesinde: TA: 130/60mmHg, l N:98/dk, S: 40/dk, kusmaul solunumu mevcut, CVP : +8, bilinci kapalı ve genel durumu kötü idi. Ağızda ve nazofarinkste beyaz renkli multipl ülserasyonlar mevcuttu. Akciğer muayenesinde yaygın kaba ve krepitan ralleri mevcuttu. Karaciğer kosta altında 6 cm palpe edildi. Sakrum üzerinde ve ekstremitelerinde multipl, makülopapüler, eritemli, düzensiz sınırlı lezyonlar mevcuttu. Rektal tuşede ele koyu kırmızı renkli kan bulaşıyordu.

Laboratuvar bulgularında: Hb: 7,2 (N: 12-14gr/100ml), Beyaz küresi 12.000/mm³ (N: 4000-10000/mm³), Htc : %22 (N: %42-47), Alkalen Fosfatazı 134 Ü/L (N: 30-90 Ü/L), GGT 113Ü/L (N: 4-38 Ü/L), Üre 61mgr/dl (N: 13-45 mgr/dl), bilirubinleri, elektrolitleri, SGOT, SGPT normal sınırlarda PH : 7.36 HCO₃: 16 PO₂ :75 mmHg PCO₂ :20mm/Hg O₂ saturasyonu %85. Abd. USG : Karaciğer kosta altında 7cm büyük, kolelithiazis mevcut. Kanama zamanı ve pıhtılaşma zamanı normal sınırlarda. Hastaya kliniğimizde beyin ödemeine yönelik mannitol 4x75 cc/gün başlandı. Kalp yetmezliğine yönelik Digoksin ampül 1x1 başlandı. Total parenteral nutrisyon uygulandı. 3 ünite kan transfüzyonu yapıldı. İzlemimizde ilk gün hastanın bilinci açıldı, sözel uyaranlara yanıt verdiği, genel durumunda be-

lirgin düzelme olduğu gözlemlendi. 3 kez abondan her seferinde 300 cc pıltılı rektal kanaması oldu. İzlemimizde iken 2. günden solunum arresti daha sonra kardiyak arrest gelişen hasta yapılan resusitasyona yanıt vermedi ve eks oldu. Post mortem uygulanan exploratris laparatomide sadece çekuma lokalize, serozaya ulaşan multipl, yuvarlak ülserasyonlar saptandı. Bu bölgelerden biyopsiler alındı. Biyopsi materyallerinin mikroskopik incelemesinde perivenüler polimorfonükleer lökosit infiltrasyonu ve fibin birikimi ile giden lökositoklastik bir vaskülit saptandı. (Resim 1,2) Bu bulgunun intestinal Behçet hastalığı ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Daha önce hasta dahiliye servisinde izlenirken alınan kas deri biyopsisinin değerlendirilmesinde nonspesifik infiltrasyon gözlemlendi.

TARTIŞMA

Masif alt gastrointestinal sistem kanamalarının yaşlılarda en sık gözlenen etyolojik nedenleri: divertikülozis koli, anjiodisplaziler, kolorektal tümörler olduğundan bizim vakamızda ilk olarak düşünülmesi gerekenler bu patolojilerdir. Hastanın intermitan, tekrarlayan masif kanama öyküsünün bulunması ve yaşlı olması bu düşünceleri desteklemektedir. Hastanın artalji, aftöz lezyonlar, deri lezyonları gibi ekstraintestinal bulgularının olması ve karın ağrısı öyküsünün bulunmasından dolayı inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve vaskülit sendromları da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Inflamatuvar bağırsak

Tablo I: Alt gastrointestinal sistem kanamalarının yaşa ve sıklık sırasına göre nedenleri.

60 yaşın altındaki grup	60 yaşın üzerindeki grup
1 Divertikülozis koli	1 Vasküler ektaziler
2 İnflamatuvar bağırsak hastalıkları	2 Divertikülozis koli
3 Polipler	3 Malignensiler
4 Malignensiler	4 Polipler
5 Konjenital arteriovenöz malformasyonlar	

Boley SS, Brant LS, Frank MS- Severe Lower intestinal bleedind diagnosis and treatment Cline Gastroenterol 10:65 1981.

hastalıklarından, Crohn hastalığı ve ülseratif kolitin komplikasyonu olarak rektal kanamalar gözlenebilmektedir (1,2,9). Hastada alt gastrointestinal sistem kanaması yanında üst gastrointestinal sistem kanaması öyküsünün de bulunması nedeniyle gastrointestinal sistemi birden fazla lokalizasyonda tutan bir patoloji düşünülebilir. Bu bulgu inflamatuvar bağırsak hastalıklarının lehinedir. Hastanın ileri yaşta başlayan, kısa süreli öyküsü, ishal öyküsünün bulunmaması inflamatuvar bağırsak hastalıklarının aleyhine olan bulgulardır. Kollajen doku hastalıkları ve vaskülit sendromları da sistemik semptomların bulunması ve tekrarlayan kanama öyküsü sebebiyle bu vakada ayırıcı tanıda tartışılmalıdır. Düşünülmesi gereken kollajen doku hastalıkları sistemik lupus eritromatozis, romatoid artrit, poliarteritis nodoza, vaskülit sendromları ise Reiter sendromu, Wegener granülomatozu, Henöch Schönlein vaskülitleridir. Ayrıca iskemik kolit ve amibik kolitte de alt gastrointestinal sistem kanamaları gözlenebilmektedir. Biz bu vakada amibik kolit açısından hastanın rektal kanama içeriğinin mikroskopik incelemesini yaptık. Amip trofozoidlerini gözleyemedik fakat yaymada eritrosit morfolojisindeki şekil bozuklukları ve matür eritrositlerin bulunmaması dikkatimizi çekti. Eritrosit morfolojindeki şekil bozuklukları, bize kanamanın lokalizasyonun, kolonun daha proximalinde olabileceğini düşündürdü.

Bu vakada ilk olarak divertikülozis koli, anji-displaziler, kolorektal tümörler, kolon polipleri ve inflamatuvar bağırsak hastalıklarının ayırıcı tanısını yaparak tanı koymaya çalıştık. Proktosigmoidoskopi, kolonoskopi, selektif anjiografi, endoskopi gibi invazif girişimlerin sırasıyla uygulanmasının bize kanama bölgesinin lokalizasyonunu saptama açısından faydası olabilirdi. Kolonoskopi ile divertiküllerden olan kanama odağını, kolorektal tümörleri ve kolon mukozası-

nı değerlendirebilirdik. Mukozanın değerlendirilmesi ve tipik ülserasyonların ve mukoza tutulumunun gözlenmesi, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve amibik kolitin tanısı açısından yararlı olabilirdi. Bu vakada, kanamanın masif olması ve kanlı fekaloidlerin lümeni tıkamış olabileceğinden kolonoskopi ile yeteli gözlem yapılması ve kanama lokalizasyonu mümkün olmayabilirdi (10). Selektif anjiografi ve 99m Tc ile işaretli eritrositler kullanılarak yapılan sintigrafi, kanamanın lokalizasyonunu belirleme ve anji-displazilerin tanısını koyma açısından bize en çok yararlı olabilecek girişimlerdi. Selektif anjiografi bu gün 2-3 ml/dk hızla olan alt gastrointestinal sistem kanamalarının tanısındaki en spesifik ve duyarlı yöntem olarak kabul edilmektedir (11, 12, 1,2,5). ml/dk dan daha az hızla olan alt gastrointestinal sistem kanamalarının lokalizasyonu saptamada 99mTc işaretli eritrositler kullanılarak yapılan sintigrafi en duyarlı yöntemdir (13,14,4). Bu vakada kanama aralıklı ve düşük hızla olduğundan dolayı sintigrafi bize en çok faydalı olabilecek yöntem idi. Anjiografik işlemlerden sonra alt ve üst gastrointestinal sistemin çift kontrastlı baryumlu incelemeleri yapılabilirdi. Bu şekilde kolon divertikülleri gibi patolojiler saptanabilirdi. Fakat kanamanın bu patolojiden kaynaklanıp, kaynaklanmadığını anlamak mümkün olmazdı. Biz bu vakada tanıya yönelik olarak, proktosigmoidoskopi, kolonoskopi, sintigrafi ve anjiografi gibi invazif girişimleri sırasıyla gerçekleştirmeyi düşündük. Fakat bu işlemleri gerçekleştirmek için gerekli teknik olanakların hastanemizde bulunmaması ve tatil dönemi olması nedeniyle hastanemiz dışındaki merkezlerle bağlantı kurulamaması, hastanın genel durumu kötü olduğu için mobilizasyonunun güçleşmesi gibi nedenlerden dolayı tanıya yönelik bu girişimleri gerçekleştiremedik. Hastanın genel durumunu stabilizeştirip, hemen eks-taploratris laparotomi uygulamayı düşündük ama bu da mümkün olmadı.

Hastanın postmortem gerçekleştirdiğimiz eksplo-rasyonunda sadece çekuma lokalize serozaya kadar uzanan multipl yuvarlak ülserasyonlar saptadık. Bu bölgeden aldığımız biyopsilerin mikroskopik incelemesinde perivenüler polimorfonükleer lökosit infiltrasyonu ile giden lökositoklastik vaskülit saptandı (Şekil: 1). Bu patolojik bulgu intestinal Behçet hastalığı ile uyumlu olarak değerlendirilebilir. Bu nedenlerden dola-

yı biz hastayı yeniden irdeleyip, intestinal Behçet hastalığı yönünden retrospektif olarak tartıştık. Diğer vaskülit sendromları ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları ile ayırıcı tanısını yaptık.

Hastanın öyküsündeki moniliasis olarak değerlendirilen tekrarlayan ve medikal tedaviye yanıt vermeyen oral lezyonları, Behçet hastalığının majör kriterlerinden olan aftöz lezyonlar olarak düşünmek istiyoruz. Hastada bulunan makülopapüler, eritemli lezyonlar da majör kriterlerden biri olarak kabul edilebilir (15, 16). Hastanın ayrıntılı bir göz muayenesi yapılmamış olduğundan dolayı, hastalığın göz tutulumunun olup olmadığını bilemiyoruz. Hastada artıralji ve geçirilmiş nörolojik bir olay öyküsünün bilinmesi ve gastrointestinal sistemin tutulmuş olması minör kriterler olarak düşünülebilir (17,18). Oshima ve arkadaşları Behçet hastalarının %40 da gastrointestinal sisteme ait yakınmalarının olduğunu öne sürmüşlerdir (19). Behçet hastalığında gastrointestinal tutulum ösefagustan kolona kadar tüm lokalizasyonlarda olabilir (15,20,21). En sık ileoçekal tutulum gözlenir (20,21,22,23,8). Bizim hastada çekum tutulumunun yanı sıra üst gastrointestinal kanama öyküsü nedeniyle, ösefagus ya da mide, duodanum tutulumu da olduğu düşünülebilir. Bu vakada artıralji aftöz lezyonlar, nörolojik semptomlar, kolelitiazis gibi etstraintestinal patolojilerle seyreden inflamatuvar bağırsak hastalıkları da ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ayrıca sistemik semptomlara ek olarak, gastrointestinal tutulum yapabilen vaskülit sendromları ve kollajen doku hastalıklarının da Behçet hastalığı ile ayırıcı tanıları yapılmalıdır. Kollajen doku hastalıkları içinde özellikle sistemik lupus eritromatozis küçük damar tutulumu yapabildiği için Behçet hastalığı ile karışır. Artralji aftöz lezyonlar gastrointestinal sistem tutulumu nörolojik bulgular sistemik lupus eritromatozis (SLE) 'tede görülebilir. Bu vakada SLE tanısını koymak için gerekli dört A. R. A. kriteri bulunmamaktadır. Bütün bu sistemik hastalıkların kesin tanısını koymak, ancak hastalığın kliniğinin, serolojik testlerin, tutulan organlarda oluşan lezyonların makroskopik ve mikroskopik incelemelerinin bir bütün olarak değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır.

Bu vakada ayırıcı tanıda bize faydalı olabilecek serolojik ve diğer laboratuvar sonuçları bulun-

mamaktadır. Kompleman düzeyleri, romatoid faktör, ANA anti- DNA gibi serolojik işaretleyicilere de bakılmış olsaydı, kollajen doku hastalıkları ve vaskülit sendromlarının ayırıcı tanısı açısından faydalı olabilirdi. Hastanın postmortem explorasyon bulgularından olan çekumdaki ülserasyonların görünümü ayırıcı tanıda önemlidir. Mukozada tutulumun yer yer olması ülserasyonların serozaya uzanması, mukozada inflamasyonun bulunmaması, pseudopoliplerin olmaması ülseratif kolite uymayan bulgulardır. 1989 yılında Sayek ve arkadaşları tüm Behçet hastalarının %1'inde (8) gastrointestinal sistemde ülserasyonlar bulunduğunu belirtmişlerdir. 1989'da Mori ve arkadaşları intestinal tutulum olan Behçet hastalarının %10'unda ülseratif lezyonların gözlendiğini ve ülserasyonların en sık ileoçekal bölgeye lokalize olduğunu öne sürmüşlerdir (22). İleoçekal bölgeye lokalize, multipl, serozaya uzanan, yuvarlak ülserasyonlar intestinal Behçet hastalığı için tipiktir (7, 8, 16,22). Bu görünüm en sık Crohn hastalığı ile karışır (24). Crohn hastalığında mukozanın ülserlerin daha derin olması beklenirken, intestinal Behçet hastalığında mukoza normal gözlenir. Crohn hastalığında çevre dokulara olan yapışıklıklara ve serozanın normal görünümünün bozulmuş olmasına daima rastlanır. Patolojik değerlendirmede Behçet hastalığı için lökositoklastik perivenüler infiltrasyon tipiktir ve granülomlar gözlenmez (8,7,22,24). Crohn hastalığında ise granülomlar tipiktir. Mukozada segmenter tutulum vardır, ve perivenüler inflamasyon yoktur. Ülseratif kolitle pseudopoliplerin, kript apselerinin varlığı mukozanın sürekli tutulumu ve ülserasyonların serozaya uzanması patognomoniktir.

Behçet hastalığının kollajen doku hastalıkları, Reiter sendromu, poliarteritis nodosa, Wegener granülomatozu, Henösch Schönlein vaskülit gibi vaskülit sendromlarından klinik olarak ayrılması zordur. Kesin tanı kliniğin, patolojik inceleme ile beraber değerlendirilmesi ile konur. Poliarteritis nodosada, Wegener granülo-matozisinde, küçük damarlar tutulmaz ve nekrozla giden bir vaskülit gözlenir. Reiter sendromunda da daha büyük damarlar tutulur. Behçet hastalığında küçük damarlar tutulur ve nekrozitan vaskülit gözlenmez. Henösch Schölein vaskülit, SLE, romatoid artrit gibi kollajen doku hastalıklarına bağlı vaskülitlerde küçük damarlar tutulur. Bu

hastalıklarda da lökositoklastik vaskülit gözlenebilir.

Behçet hastalığının en önemli patolojik bulgusu perivenüler lökositoklastik vaskülitir. Transmural akut ve kronik inflamasyon transmural ülserasyonla birlikte karakteristiktir (8, 7, 22, 24). Bu bulgular bizim vakamızda gözlenmiştir.

Biz hastamızda retrospektif olarak değerlendirdiğimizde aftöz lezyonlar ve cilt lezyonları gibi 2 majör, artrit, nörolojik bulgular ve gastrointestinal tutulum gibi 3 minör kriterin bulunması ve histopatolojik tanının desteklenmesi nedenlerinden dolayı Behçet hastalığının primer patoloji olduğunu düşünüyoruz. Bu vakada Behçet hastalığının çekum tutulumunun bulunduğu ve bunun bir komplikasyonu olarak masif alt gastrointestinal sistem kanamasının geliştiği ve bu

olayın da mortaliteye neden olduğu anlaşılmıştır. 1937 yılında ilk olarak Türk Dermatolog Hulusi Behçet tarafından oral ve anogenital ülserasyonların oküler lezyonlarla birlikte olması şeklinde tanımlanan Behçet Hastalığının medikal tedavisi konusunda kesin bir fikir birliği yoktur (24). Steroidler tedavide en sık kullanılan ilaçlardır (25). Bu ilaçlar başlangıç olarak hastalığı kontrol edebilmekte fakat rekürrensleri önleyememektedirler. Gelişen ülserasyonlar, multipl ve derin olmakla birlikte perforasyon, masif kanama ve fistülizasyona eğilimlidir (8, 22, 26). Kanama ve perforasyonlar mortal seyredebilmektedirler. Bu nedenle gastrointestinal sistem tutulumunda tutulan bölgenin geniş rezeksiyonu tercih edilir. Rekürrensi azaltmak amacıyla geniş rezeksiyon anlamlıdır (8, 16, 21).

KAYNAKLAR

1. Boley SS, Brant LS, Frank MS: Severe lower intestinal bleeding diagnosis and treatment: *Clinc. Gastroenterol*, 10:65, 1981.
2. Reinus MD, Brant J. Lawrence: Upper and lower gastrointestinal bleeding in the elderly: *Gastroenterology Clinics of North America*: vol 19 No2 June 1990,293-318.
3. Textbook of Gastroenterology PG: 591-609 Lypmcolt Company, Philadelphia, 1991. Garce H Elta: Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. Tadataka Yamada, David H. Alpers, Chung Owyang, Don W. Powell FR.
4. D. J. Janes: lower gastrointestinal haemorrhage: *BJM*, volume 305, 1992, 107-110.
5. A.J. Memhon, D. Hansell: Clinical investigation of akut lower gastrointestinal haemorrhage: *BJCP*, September 1989, vol 43, No:9,334-338.
6. Aora.A, Tandon RK, Join P:Massive lower gastrointestinal bleeding as a presenting feature of Behçet disease: *Trop. Gastroenterol*, 1989, Jan-Mar, 10(1) : 56-61.
7. Kasahora Y, Toroko S, Nishinomi at all: Intestinal involvement in Behçet disease : *Dis. Colon. Rectum*,1981,24: 103-6.
8. Sayek: Intestinal Behçet disease, Surgical experience in seven cases: *Hepatogastroenterol*. 1991, 38,81-83.
9. Goligher: Surgical aspects of ulcerative colitis and Crohn disease of the large bowel: *Adv. Surg*, 11: 71, 1977.
10. Jensen DM,Machicado GA: Emergency colonoscopy in patients with severe gastrointestinal bleeding: *Abst. Gastroenterology*, 1983,80: 1184.
11. Baba -S, Hiramatsu-K: Selective angiography for diagnosis and treatment of intestinal bleeding: *Gastroenterol*.Jan 1991, Jul 26, Suppi 3, 116-20.
12. Allison W, Hemingway AP, Cunningham DA: Angiography'in gastrointestinal bleeding: *Lancet*, 1982,11:30-33.
13. Mc Kusic KA, Froelich at all: 99m Tc red blood cells for detection of gastrointestinal bleeding. Experience with 80 patients: *Am. J. Roentgen*, 137: 1119, 1981.
14. Miskowick J, Nielsen SL, Munck O: Sintigraphic diagnosis of gastrointestinal bleeding with 99m Tc - labillid blood- pool agents: *Radiology*, 1981, 141: 499-504.
15. Mason RM, Barnes: Behçet Syndrome with arthritis: *Ann. Rheum. Dis*. 1969,28:95-103.
16. Ketch I, I. CA. Buerk, RD Liechty: Surgical implications of Behçet Disease: *Arch. Surg* 115, (1980),759-760.
17. Behçet Disease. *Lancet*, April 8,1989.
18. ISG: Criteria for diagnosis of Behçet Disease: *Lancet*, 1990, 335: 1078-80.
19. Oshima Y.T, Shimizu R, Yorkshori at all: Clinical studies on Behçet Syndrome: *Ann Rheum. Dis*. 22(1963) 36-45.
20. Parkin J. V. D, G. B. Wight: Behçet Disease and alimentary tract: *Post. Grad. Med. J*. 51(1975), 260- 264.
21. Roge. J: Behçet syndrome and digestive tract: *J. Mal. Vasc*. 1988,13 (3), 235-9.
22. Mori-S, Tokutomi - K; Kawamura-H, Takeuchi-A, Hashimoto- T: Diffuse ulceratifleions in the colon with intestinal Behçet's disease: *Ryumachi*, 1989, Jun, 29(3), 172-7.
23. Kyle-SM, Yeong-ML: Behçet's colitis: A differential diagnosis in inflammation of the large intestine : *Aust-N-Z-J-Surg*. 1991 Jul :61 (7) 547-50.
24. Uzunaliınoğlu. Ö. O, Aydıntug. O: Gastrointestinal sistemde Behçet hastalığı: *Türkiye Klinikleri*, 5 (1985) 416-422.
25. Behçet H: Über rezidivierende aphthose durch ein Virus veruracchte Geschwüre am Mund am Auge am den Genitalien : *Dermatol. Monatshr*. 105 (1937), 1152-1157.
26. Stringer D. A. G. J, Cleghorn. D.R, Durie at all: Behçet Syndrome involving the gastrointestinal tract: *Diagnostic Radiology*. 16 (1986) 131-134.
27. Baba S. M, Noruta K, Anda: Intestinal Behçet disease: *Dis. Colon. Rec*. 19(1976) 428-440.
28. Özenç. A, Bayraktar. Y, Baykal A: A pyloric stenosis with esophageal involvement in Bihçet's Syndrome : *Am. J. Gastroenterol*. 1990 Vol. 85. No: 6 727-726.