

장관 Behçet 병의 임상적 고찰 및 Sulfasalazine의 치료효과

연세대학교 의과대학 내과학교실, 피부과학교실*

유효민 · 한광협 · 김범수 · 김원호 · 강진경 · 박인서 · 방동식*

= Abstract =

Clinical Features of Intestinal Behçet's Disease and Therapeutic Effects of Sulfasalazine

Hyo Min Yoo, M.D., Kwang Hyub Han M.D., Pum Soo Kim, M.D., Won Ho Kim M.D.,
Jin Kyung Kang M.D., In Suh Park M.D. and Dongsik Bang M.D.*

Department of Internal Medicine and Dermatology, Yonsei University College of Medical, Seoul, Korea*

Background/Aims: Intestinal Behçet disease often has a serious course, and a high frequency of perforation and hemorrhage has been reported. The standard treatment for this disease has not been settled. **Methods:** For the understanding of the clinical features of intestinal Behçet disease and the therapeutic effects of sulfasalazine, 31 patients with Behçet disease who were admitted to the Yonsei University Medical College Hospital from 1981 to 1993 were reviewed. **Results:** The mean age was 35.5 years and the ratio of male to female was 1.8:1. The main clinical symptoms were abdominal pain, bloody stool, and diarrhea. The intestinal lesions were most commonly found in the ileocecal region(84%) and the most common lesions were discrete ulcers(94%). The localized distribution(81%) of ulcers was more prevalent than the diffuse form and the incidence of a single ulcer was similar to that of multiple ulcers. Operation were performed in 13 cases and the indications of operation were peritonitis(3 cases), persisted abdominal pain(2 cases), fistula formation(1 case), intestinal obstruction(1 case), massive bleeding(1 case), and obscure diagnosis(5 cases). Steroid and colchicine were used in 22 cases and sulfasalazine in 14 cases. Symptomatic or colonoscopic improvement was more frequent in sulfasalazine(79%) than steroid & colchicine(36%). **Conclusions:** Intestinal Behçet diseases should be treated with medical therapy than surgery except the inevitable cases such as bowel perforation or massive lower gastrointestinal hemorrhage. Sulfasalazine is relatively effective and could be used as the primary drug in intestinal Behçet disease. (*Korean J Gastroenterol 1997;29:465-472*)

Key Words: Behçet disease, Intestine, Sulfasalazine

접수: 1995년 12월 10일, 승인: 1997년 1월 20일

연락처 : 유효민, 연세대학교 의과대학 내과학교실

본 연구 결과의 요지는 1993년도 제45차 대한 내과학회 추계 학술대회에서 발표되었음.

서 론

Behçet 병은 1937년 Behçet¹에 의하여 구강 및 생식기 궤양과 안구염증을 반복적으로 보이는 질환으로 처음 기술된 이후 피부, 심혈관계, 관절, 신경계, 소화관, 간, 비장, 신장 및 폐장 등을 침범하는 전신적이고 만성적인 질환으로 알려져 있다.² 장관 Behçet 병은 증상이 비특이적이고 반복적으로 재발하며 진단에 어려움이 있고 종종 소화관 출혈 및 천공 등으로 병의 경과가 불량한 것으로 알려져 있다. 현재 장관 Behçet 병에 대한 표준화된 치료방법은 정립되어 있지 않은 상태로 수술적 치료 및 내과적 치료까지 시도되어 왔으나 만족스럽지 못한 상태이고, 특히 수술적 요법은 빈번한 재발로 반복적인 수술을 요하는 문제가 있다. 또한 아직 확립된 내과적 치료방법은 없으나, 일부에서 aminosalicylate와 sulfapyridine의 복합체인 sulfasalazine을 장관 Behçet 병의 치료에 이용하여 효과를 본 보고가 있었다.^{3,4} 이에 저자들은 1981년 부터 1993년까지 연세대학교 의과대학 부속병원에서 장관 Behçet 병으로 진단 받은 31예를 대상으로 임상상 및 sulfasalazine의 치료효과를 관찰하여 보고하고자 한다.

대상 및 방법

1981년부터 1993년까지 연세대학 의과대학 부속 병원에 내원하여 장관 Behçet 병으로 진단받은 31예를 대상으로 하였다. 대상환자는 Shimizu⁶ 분류상 완전형 4예, 불완전형 9예, 용의형 9예 및 가능형 9예

였으며(Fig. 1), Behçet 병 진단 이후 장관 Behçet 병 발현까지의 평균 기간은 49.2개월이었다. 대상환자의 임상상, 내시경적 소견, 수술적 치료 및 재발양상에 대하여 조사하였고, steroid와 colchicine 및 sulfasalazine의 치료효과를 비교하였다. 추적 관찰 기간은 4개월에서 168개월로 평균 49.4개월 이었으며, steroid의 치료 용량은 0.5-1mg/kg/일을 사용하였고, steroid 사용환자에서는 colchicine(0.6-1.2mg/일)을 병용 사용하였다. Sulfasalazine은 1g/일로 치료를 시작하여 일일 2-4g을 투여했으며, 병변 관해 이후에는 1-2g/일의 용량으로 유지하였다.

결 과

1. 연령 및 성별

장관 Behçet 병 환자의 연령은 11세부터 57세로 평균 35.5세 였고, 30대에서 가장 빈번하게 발생하였다. 본 환자들의 Behçet 병 발병시 평균 연령은 31.4세로 장관 Behçet 병 발병까지 기간은 평균 49.2개월이었다. 환자의 남녀비는 1.8:1로 남자에서 호발하였다(Table 1).

2. 임상 증상

주증상은 하복부 불쾌감(58%), 혈변(29%), 설사(19%), 경련성 복통(16%)의 순으로 빈번하였다(Table 2).

3. 검사실 소견

백혈구 증가 및 좌측편이는 45%, 빈혈(혈색소 12g/dl 미만)은 57%에서 관찰되었고, 혈청 생화학

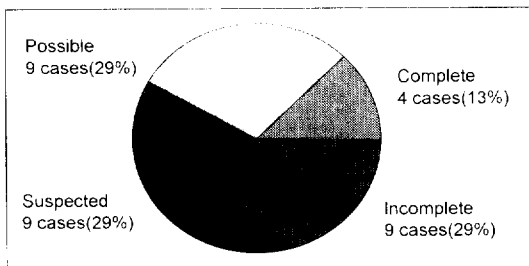


Fig. 1. Types of Behçet disease by Shimizu et al.

Table 1. Demographic Features of patients

Age(years)		
Mean	35.5	35.5
Range	11 - 57	11-57
Sex(male:female)	1.8 : 1	1.8 : 1
Interval of onset between intestinal Behçet disease & Behçet disease(months)		
Mean		49.2
Range		0 - 162

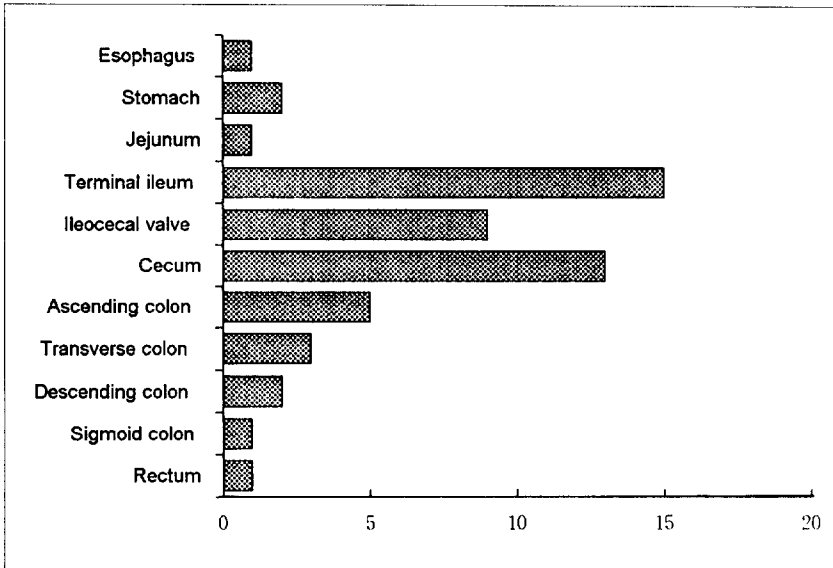


Fig. 2. Location of intestinal behcet disease

Table 2. Symptoms of Intestinal Behçet Disease

Symptoms	No. of cases(%)
Lower abdominal discomfort	18 (58)
Hematochezia/melena	9 (29)
Diarrhea	6 (19)
Colicky abdominal pain	5 (16)
Nausea/vomiting	5 (16)
Dyspepsia	3 (10)

Table 3. Laboratory Findings

	No. of cases(%)
Anemia	6/28 (57)
Leukocytosis	8/24 (33)
Elevated ESR	12/18 (67)
Positive CRP	11/18 (61)

검사상 특이소견없었다. 적혈구 침강 속도는 67%에서 증가되어 있었으며, C 반응성 단백질은 61%에서 양성 반응을 보였다(Table 3).

4. 병소의 해부학적 위치

장관 Behçet 병의 침범부위는 회장 말단부가 15

예, 맹장 13예, 회맹관 9예, 상행결장 5예, 횡행결장 3예로 84%에서 회맹부에 발생하였고, 상부 소화관 중에는 위전정부 2예와 식도 1예가 있었다(Fig. 2).

5. 병소의 특징 및 분포

장관 Behçet 병의 형태는 29예에서 경계가 명확한 궤양이었는데, 궤양의 모양은 난원형인 경우가 16예로 원형(9예) 및 지도상인 경우(4예)보다 빈번하였고, 궤양의 크기는 장경이 1cm미만 부터 7cm까지 있었는데 2-4cm인 경우가 가장 많았다. 10예(32%)에서는 궤양 경계부위에서 결절성 용기가 관찰되었다. 단발병소(15예)와 다발성 궤양(16예)이 비슷한 빈도로 관찰되었고, 국한성 분포가 25예로 미만성 분포(6예)에 비하여 빈번하였다(Table 4).

6. 수술 적응증 및 방법

수술은 13예에서 시행하였는데 수술 적응증은 복막염 3예, 지속적인 복부 통증 2예였고, 누공, 장폐쇄 및 장출혈이 각각 1예였고, 5예에서는 진단을 위한 시험적 개복을 시행하였다. 수술방법은 우측대장아전절제술을 10예에서, 결장 부분 절제술을 3예에서 시행하였다(Table 5). 수술환자 중 8예(62%)에서 재발하였는데, 재발까지의 기간은 7개월부터 84개월

Table 4. Characteristics of Lesion in Intestinal Behçet Disease

	No. of cases (%)
Distribution of lesion	
Diffuse	25 (81)
Localized	6 (19)
Multiplicity	
Single	15 (48)
Multiple	16 (52)
Margin of ulcer	
Flat	10 (32)
Nodular	21 (68)
Shape of ulcer	
Oval	16 (52)
Round	9 (29)
Geographic	4 (13)
Linear	2 (6)
Types of ulcer	
Aphthous	2 (6)
Discrete	29 (94)

까지로 평균 34개월이었고, 그중 6예는 재수술을 시행하였다(Table 6).

7. 병리학적 소견

수술 및 내시경적 조직검사상 31예 모두에서 만성 염증을 보였고, 염증성 궤양이 10예(32.3%)이었으며, 혈관염은 7예(22.6%)에서 관찰되었다.

8. 약물 치료의 효과

약물 치료를 시행한 환자의 추적관찰 기간은 4개월부터 168개월로 평균 49.4개월이었다. steroid 및 colchicine을 사용한 22예 중 증상의 완화 또는 내시경적 소견이 호전된 경우는 8예(36%)였고, 치료에 반응이 없거나 초기에 호전되었다가 재발된 경우는 14예(64%)였으며, sulfasalazine을 사용한 14예(steroid 및 colchicine 치료에 실패한 8예 포함) 중 호전된 경우는 11예(79%)로 sulfasalazine의 반응율이 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.05$)(Table 7).

Table 5. Indications of Operation*

	No. of cases
Bowel perforation	3
Abdominal pain	2
Massive GI bleeding	1
Intestinal fistula	1
Intestinal obstruction	1
Obscure diagnosis	5

* Right hemicolectomy 10 cases
 .Segmental resection 3 cases

Table 6. Postoperative Recurrence*

	No. of cases
Number of operations	13
Number of recurrence	8
Sites of recurrence	
Anastomosis	4
Ileum	2
Jejunum	2
Management	
Reoperation	6
Medical	2

* Duration of follow up (months)
 Mean: 71.5
 Range: 12-158

Table 7. Response to Medical Therapy

Treatment	No. of cases(%)
Steroid and/or Colchicine (N=22)	
Improved	8 (36)
Not improved	14 (64)
Sulfasalazine (N=14)	
Improved	11 (79)
Not improved	3 (21)

9. 합병증

장관 Behçet 병의 합병증으로는 위장관 출혈이 5예, 복막염 3예, 장누공 및 장폐쇄가 각각 2예 있었다. 사망은 1예에서 있었으며, 2예는 지속적인 추적관찰이 불가능 하였다.

고 찰

Behçet 병은 구강, 생식기, 안구염증을 특징으로 하는 질환으로 피부, 심혈관계, 관절, 신경계, 소화관 등을 침범하며, 특히 혈관, 신경 및 소화관에 병발시에 높은 사망율을 보일 수 있는 질환으로 알려져 있다.⁷ Bechgaard에 의하여 Behçet 병의 대장 침범이 보고된 이래로 산발적으로 장관 Behçet 병의 보고가 있었고, 1981년 Kasahara 등⁷에 의하여 136예의 장관 Behçet 병이 집약되어 보고되었다.

Behçet 병에서 소화관 증상을 호소하는 경우는 40-50%^{8,9}에 달한다고 하나 국내보고에서는 410예의 Behçet 병 중 10.2%에서¹⁰ 소화관 증상을 관찰하였다. Behçet 병으로 진단된 환자에서 X선 조영술 및 내시경으로 소화관 병변이 확인된 경우는 1% 미만으로⁷부터 10%¹¹까지 다양하게 보고되고 있다.

Behçet 병의 발생연령은 20대에 가장 호발하는 데,^{7,10} 장관 Behçet 병은 10대부터 발병할 수 있다고 하며,¹² 본 연구에서도 10대에 발병한 경우가 3예가 있었으나, 30대에서 가장 빈번하였으며, 일본의 경우⁷ 발병 연령은 평균 35세로 본 연구의 결과와 유사하였다. 장관 Behçet 병은 Behçet 병의 첫 징후로 나타나기 보다는 기존의 Behçet 병의 경과 중 병발되는 경우가 많다고 한다.¹³ 본연구에서도 31예 중 13예에서는 장관 Behçet 병이 첫 징후로 발견되었고 나머지의 경우 평균 63개월의 간격을 두고 Behçet 병의 경과 중 장관 Behçet 병이 발현되어 Smith 등¹³이 보고한 6년과 유사하였다. 장관 Behçet 병의 성별비의 경우 일반적인 Behçet 병의 성별비와 마찬가지로 남자에 호발하는 것으로 알려져 있으며, 본 연구에서는 장관 Behçet 병의 성별비는 1.8:1로 일본의 남녀비 1.7:1과 유사하였다.⁷

장관 Behçet 병의 증상은 비특이적이며 복통, 설사, 혈변 및 복부종괴 등으로 나타나며,¹⁴ 장출혈 및 장천공에 의한 복막염 등의 합병증이 발생되어 발견되는 경우도 많다.¹⁵

장관 Behçet 병의 특징에 대한 Kasahara 등⁷의 보고에 따르면 대부분에서 국한성 분포(84%)를 하며, 76%에서 회맹장부에 발생하고, 다발성 궤양(73%)이

빈번하였다. 본 연구에서는 국소성 분포가 81%, 회맹장부 침범이 84%로 국내 다른 보고와 유사하였으나,¹⁴ 다발성 궤양은 50.2%에서 관찰되어 상대적으로 빈도가 낮았다. 장관 Behçet 병의 궤양 형태는 일반적으로 주변의 정상점막과 경계가 분명한 궤양으로 나타나고,^{16,17} 일부에서는 aphthous형의 표재성 궤양도 관찰된다.¹⁷ 궤양 주변은 결절성 용기 또는 부종에 의하여 높아져 있는 경우가 많으며,¹⁷ 모양은 원형 및 난원형인 경우가 많다.¹⁶

장관 Behçet 병에 대한 근본적인 치료는 정립되지 않은 상태이며 현재 시도되고 있는 치료도 만족스럽지 못하며,¹³ 다량의 장출혈 및 장천공 시에는 응급수술을 요하는 경우가 많다.¹⁸ 그러나 장관 Behçet 병의 수술적 처치는 수술에 따른 높은 합병증 발생과¹⁹⁻²² 수술후 재발이 빈번함으로⁷ 수술을 일차적 치료방법으로 고려하기가 어렵다. Kasahara 등⁷의 경우 수술후 재발율이 65%였고 본 연구에서도 수술을 시행한 13예 중 62%에서 재발이 관찰되었다.

장관 Behçet 병의 약물치료로 Behçet 병의 가장 일반적인 약물인 corticosteroid^{23,24}를 비롯하여 colchicine,²⁵⁻²⁷ fibrinolytics,²⁸ chlorambucil,²⁹ salicylazosulfapyridine,³⁻⁵ thalidomide,^{30,31} cyclosporine A,³² indomethacin³³ 등이 사용되나 대부분 소수 환자의 치료경험이고 또한 Behçet 병 자체가 치료없이도 자연관해 및 재발이 반복되기 때문에 그 효과가 입증되지 않고 있다.^{13,14,23} Smith 등¹³은 steroid를 사용한 6예의 장관 Behçet 병 환자 중 3예에서 호전됨을 보고하였고, Fallingborg와 Laustsen²⁴도 중증의 장관 Behçet 병에서 steroid의 효과를 보고하였으나, steroid 사용시에 궤양 천공의 위험이 증가한다는 반론이 있다.³ 결국 Behçet 병의 피부 점막 병소에 대한 steroid의 효과는 입증되어 있으나, 장관 Behçet 병에 대한 효과는 불확실하다.^{24,34} Larsson³⁰은 장관 Behçet 병에서 sulfasalazine이 효과가 없었다고 하였으나, O'Duffy 등³은 salicylazosulfapyridine과 수혈 치료에 극적인 반응을 보인 예를 보고하였고, Mineshita 등⁴도 장관 Behçet 병에서 sulfasalazine의 유용성을 기술하였다. Sawyer 등⁵은 장출혈이 동반된 장관 Behçet 병 환자에서 sulfasalazine을 일일 용량 4g이상 사용하여 호전되었으나 sulfasalazine을 감

량했을때 재발된 예를 보고하였다. Sulfasalazine은 aminosalicylate와 sulfapyridine의 복합체로서 sulfapyridine은 흡수성의 항생 물질이며, 5-aminosalicylate는 prostaglandins과 thromboxane의 합성을 제한하여 항염증 작용을 나타낸다³⁵. 본 연구에서 장관 Behçet 병 진단 후 첫 치료로 sulfasalazine이 시도된 6예와 steroid 및 colchicine 치료에 실패한 환자 14예에 대한 sulfasalazine의 치료효과는 내시경 검사상 병소가 소실 또는 호전된 경우 및 장출혈, 설사, 복통 등의 증상이 호전을 보인 경우가 평균 49개월의 추적기간 중 79%에서 관찰되어 비교적 높은 치료반응을 보였다. 반면에 colchicine 및 steroid를 사용한 환자의 경우 치료 반응율은 36%로 sulfasalazine에 비교하여 낮은 호전율을 관찰하였다.

결론적으로 장관 Behçet 병은 재발이 빈번함으로 다량의 장출혈 및 장천공 등의 합병증으로 인한 불가피한 수술을 제외하고는 수술적 절제보다 약물치료가 우선되어야 할 것으로 생각되며, 장관 Behçet 병의 일차적 치료 약물로 sulfasalazine의 치료 효과가 비교적 우수하였다. 그러나 장관 Behçet 병의 자연관해 및 빈번한 재발을 고려한다면 더 많은 대상으로 장기간의 추적관찰을 통하여 치료효과가 입증되어야 할 것이며, 수술후 sulfasalazine의 투여에 따른 예방적 효과에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

요 약

목적: 장관 Behçet 병은 증상이 비특이적이고 반복적으로 재발하며 진단에 어려움이 있고 소화관 출혈 및 천공 등으로 병의 경과가 불량한 경우가 있다. 현재 장관 Behçet 병에 대한 표준화된 치료방법이 정립되어 있지 않고 수술적 치료 및 내과적 치료가 시도되어 왔으나 만족스럽지 못한 상태이다. 이에 저자들은 장관 Behçet 병으로 진단받은 환자를 대상으로 하여 임상상 및 sulfasalazine의 치료효과를 알아보려고 하였다. **대상 및 방법:** 1981년부터 1993년까지 연세대학교 의과대학 부속병원에 내원하여 장관 Behçet 병으로 진단받은 31예 환자들의 임상상, 내시경적 소견, 수술적 치료 및 재발양상과 약물에

의한 치료효과를 비교하였다. **결과:** 환자의 평균연령은 35.5세였고, 남녀비는 1.8:1 이었으며 주증상은 하복부 불편감, 혈변, 설사, 경련성 복통의 순으로 빈번하였다. 검사실 소견상 백혈구 증가 및 좌측편이는 45%, 빈혈은 57%에서 관찰되었고, 적혈구 침강 속도는 67%에서 증가되어 있었으며, C 반응성 단백질은 61%에서 양성 반응을 보였다. 장관 Behçet 병의 침범부위는 회장 말단부가 15예, 맹장 13예, 회맹관 9예, 상행결장 5예, 횡행 결장 3예로 84%에서 회맹부에 발생하였는데 내시경상 관찰된 형태는 29예에서 경계가 명확한 궤양이었으며, 궤양의 모양은 난원형인 경우가 많았고, 32%에서는 궤양 경계부위에서 결절성 용기가 관찰되었다. 단발 및 다발성 궤양이 비슷한 빈도로 관찰되었고, 국한성 분포가 25예로 미만성 분포(6예)에 비하여 빈번하였다. 수술은 13예에서 시행하였는데 우측대장 아전절제술을 10예, 결장 부분 절제술을 3예에서 시행하였다. 수술 환자중 8예(62%)에서 재발하였고 steroid 및 colchicine을 사용한 22예중 증상 및 내시경적 소견이 호전된 경우는 36%였고, sulfasalazine을 사용한 14예중 호전된 경우는 79%로 sulfasalazine의 반응율이 높았다. **결론:** 장관 Behçet 병은 재발이 빈번함으로 합병증으로 인한 불가피한 수술을 제외하고는 수술적 방법보다는 내과적 치료가 우선되어야 할 것으로 생각되며, sulfasalazine은 그 효과가 비교적 우수하여 일차적 치료약제로 사용할 수 있을 것으로 생각된다.

색인단어 : Behçet병, 장, Sulfasalazine

참 고 문 헌

1. Shimizu T, Ehrlich GE, Inaba G, Hayashi K. Behçet disease (Behçet syndrome). *Semin Arthritis Rheum* 1979;8:223-260.
2. Eng K, Ruoff M, Bystry J. Behçet's syndrome: an unusual cause of colonic ulceration and perforation. *Am J Gastroenterol* 1981;75:57-59.
3. O'Duffy JD, Carney JA, Deodhar S. Behçet's dis-

- ease: Report of 10 cases, 3 with new manifestations. *Ann Intern Med* 1971;75:561-570.
4. Mineshita S, Ogino T, Shimizu T. Proceedings of the 5th Asian-Pacific Congress of Gastroenterology 1976:407.
 5. Sawyer A, Walker TM, Terry SI. Behçet's syndrome with ileal involvement-the beneficial effect of sulfasalazine. *West Indian Med J* 1978;27:218-221.
 6. Shimizu T, Inaba G, Hashimoto T. Diagnostic criteria and their problems of Behçet's disease. *Intern Med* 1974;33:278.
 7. Kasahara Y, Tanaka S, Nishino M, Umemura H, Shiraha S, Kuyama T. Intestinal involvement in Behçet's disease: review of 136 surgical cases in the Japanese literature. *Dis Colon Rectum* 1981;24:103-106.
 8. Chajek T, Fainaru M. Behçet's syndrome: report of 41 cases and a review of the literature. *Medicine* 1975;54:179-196.
 9. Oshima Y, Shimizu T, Yokohari R, et al. Clinical studies on Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis* 1963;22:36-45.
 10. Kim HJ, Bang DS, Lee SH, et al. Behçet's syndrome in Korea: a look at the clinical picture. *YMJ* 1988; 29:72-78.
 11. Rosenberger A, Adler OB, Haim S. Radiological aspects of Behçet disease. *Radiology* 1982;144:261-264.
 12. Suh YL, Sung RH, Chi JG, Park KW. Intestinal Behçet's disease in a child. *J Kor Med Sci* 1987; 2:129-132.
 13. Smith GE, Kime LR, Pitcher JL. The colitis of Behçet's disease: a separate entity? Colonoscopic findings and literature review. *Am J Dig Dis* 1973;18:987-1000.
 14. 백승운, 임판식, 이종철, 송인성, 최규완. Behçet씨 장염에 대한 임상적 및 병리학적 연구. *대한내과학회지* 1986;30:373-382.
 15. 김병익, 고동혁, 박영철 등. 장천공을 동반한 Behçet씨 장염의 1예. *대한소화기병학회지* 1990;22:202-207.
 16. 정현채, 최상운, 백현욱, 최성재, 최규완. Behçet씨 병의 대장내시경적 관찰. *대한내과학회잡지* 1984; 27:643-650.
 17. Baba S, Maruta M, Ando K, Teramoto T, Endo I. Intestinal Behçet's disease: report of five cases. *Dis Colon Rectum* 1976;19:428-440.
 18. Ketch LL, Buerk CA, Liechty D. Surgical implications of Behçet's disease. *Arch Surg* 1980;115:759-760.
 19. Bøe J, Dalggaard TB, Scott D. Mucocutaneous-ocular syndrome with intestinal involvement. A clinical and pathological study of four fatal cases. *Am J Med* 1958;25:857-867.
 20. 이용표, 조장환, 지훈상, 김병로, 이경식. 소화기 Behçet 증후군. *대한외과학회지* 1988;35:310-315.
 21. 최용관, 이진욱, 김진복. 장관 Behçet씨병의 외과적 치료. *대한소화기병학회잡지* 1988;20:556-560.
 22. 조원일, 박조현, 김인철. 재발성 장피누공의 임상 경과를 보인 Behçet씨병. *대한외과학회지* 1987;33:120-127.
 23. James DG. Behçet's syndrome. *N Eng J Med* 1979; 301:431-432.
 24. Fallingborg J and Laustsen J. Colitis of Behçet's syndrome. *Acta Med Scand* 1984;215:397-399.
 25. Rakover Y, Adar H, Tal I, Lang Y, Kedar A. Behçet disease: Long-term follow-up of three children and review of the literature. *Pediatrics* 1989;83:986-992.
 26. Mizushima Y, Matsumura N, Mori M, et al. Colchicine in Behçet's disease. *Lancet* 1977;2:1037.
 27. Vordermark JS, Hudson LD. Behçet disease with genitourinary involvement treated with colchicine. *Urology* 1984;23:290-292.
 28. Newland AC, Wood MJ. Behçet's disease. *Br Med J* 1978;2:1163-1164.
 29. Dinning WJ, Perkins ES. Immunosuppressives in uveitis: A preliminary report of experiences with chlorambucil. *Br J Ophthalmol* 1975;59:397-403.
 30. Larsson H. Treatment of severe colitis in 's syndrome with thalidomide(CG-217). *J Intern Med* 1990; 228:405-407.
 31. Jorizzo JL, Schmalstieg FC, Solomon AR, et al. Thalidomide effects in Behçet's syndrome and

- pustular vasculitis. Arch Intern Med 1986;146:878-881.
32. Lingenfelter T, Duerk H, Stevens A, Grossmann T, Knorr M, Saal JG. Generalized myositis in Behçet diseases: treatment with cyclosporine. Ann Intern Med 1992;116:651-653.
33. Simsek H, Dundar S, Telatar H. Treatment of Behçet disease with indomethacin. Intern J Dermatol 1991;30:54-57.
34. Ammann AJ, Johnson A, Fyfe GA, Leonards R, Wara DW, Cowan MJ. Behçet syndrome. J Pediatrics 1985;107:41-43.
35. Hawkey CJ, Boughton-Smith NK, Whittle BJ. Modulation of human arachidonic acid metabolism by sulfasalazine. Dig Dis Sci 1985;30:1161-1165.
-