

## دراسة الأعراض المرضية والإصابات العينية لحالات داء بهجت في محافظة بغداد

م.م إنصاف رؤوف مهدي  
قسم صحة المجتمع  
المعهد التقني/الديوانية

م.م اسراء ايوب علوان  
قسم التحليلات المرضية  
كلية المأمون الجامعة

أ.م. د اقبال دوحان جلاب  
قسم التحليلات المرضية  
كلية المأمون الجامعة

### المستخلص:

يعد داء بهجت من الأمراض التي تصيب العديد من الأجهزة، وهو داء مجهول السبب ولكن يندرج ضمن الأمراض المناعية الذاتية. ينتشر في حوض البحر الأبيض المتوسط واليابان، ولوضع تشخيص داء بهجت يجب أن يوجد المعيار الأكبر وهو القلاع الفموي المتكرر المقترح فضلاً عن اثنين من المعايير الكبرى أو اثنين من المعايير الصغرى. لوحظ ترافق هذا الداء مع زمر نسيجية عدة لكن الشكل العيني منه يترافق مع الزمرة النسيجية HLA-B51-O1. تمت دراسة ٤١ مريضاً مصابين بداء بهجت مع وجود إصابة عينية. تظهر هذه الدراسة نوع الالتهاب العيني وموضعه والمضاعفات العينية المشاهدة عند هؤلاء المرضى.

الكلمات المفتاحية: داء بهجت ، المضاعفات الجهازية ، القلاع الفموي المتكرر ، العلاج .

### *Study of the clinical symptoms and the ocular infection for behcat disease in patients from Baghdad city*

#### Abstract:

Behcet disease is among from the diseases that infects many organs. The etiology of this disease is unknown but it is included within Autoimmune disease. It is present in white sea basin and Japan. The diagnoses of Behcet disease must depend on a major parameter and that is Ulceration Recurrent Oral Aphthous and two major parameters or two minor parameters .

This disease appears in many tissues especially in HLA-B51-O1 tissue groups.

Fourty one patients with Behcet disease were studied, and all patients showed different types of inflammation..

## المقدمة :

داء بهجت هو داء مجهول السبب يصيب العديد من الأجهزة [2]. ويندرج ضمن الأمراض المناعية الذاتية من النمط III IV . يصيب الذكور أكثر ويكون في سن الشباب. [3,6,10].

ينتشر في حوض البحر الأبيض المتوسط واليابان، لوحظ ترافق هذا الداء مع زمر نسيجية عدة لكن الشكل العيني منه يرافق مع الزمرة النسيجية HLA-B51 O1 .

لوضع تشخيص داء بهجت يجب ان يوجد المعيار الأكبر له وهو القلاع الفموي المتكرر المتقترح Ulceration Recurrent Oral Aphthous فضلاً عن اثنين من المعايير الكبرى الآتية:-

- قلاع تناسلي متكرر متقترح: يشاهد في 9% من الحالات تقريبا وهو اشد ألماً للرجال منه للنساء
  - إصابات جلدية: حمامى عقدة، بثور كاذبة، تقرحات جلدية.
  - إصابة عينية: التهاب سبيل عنبي.
  - اختبار بثرة ايجابي Pathergy Test . أو اثنين من المعايير الصغرى: إما المعايير الصغرى فهي:- التهاب وريدي خثري، اعتلال مفاصل، إصابات معدية معوية، اعتلال جملة عصبية مركزية، إصابات قلبية وعائية.
- إن وجود القلاع الفموي المتكرر المتقترح مع المعايير الصغرى يشخص داء بهجت غير الكامل إذا غابت المعايير الكبرى الأخرى.

## التهاب السبيل العنبي

يصاب 70% من مرضى داء بهجت بالتهاب في داخل المقلة غير حبيبي ناكس ثنائي الجانب.

للالتهاب الاشكال الآتية:-

1. التهاب قزحية وجسم هدي حاد ناكس : يرافق تقيح عابر في الغرفة الأمامية Hypopion وهو عابر لأنه غير لزج او كثيف، وغالبا ما يتحول الالتهاب الحاد الناكس إلى مزمن.
  2. الإصابة الخلفية : يعد النتح الوعائي المنتشر Diffuse Exudation اكثر المضاعفات شيوعاً وابقاها، ويقود هذا النتح الى وذمة شبكية معممة ووذمة لطفة صفراء كيسانية واحياناً وذمة وتبيغ Hyperemia في حليلة العصب البصري .
- التهاب ما حول الأوردة.
  - التهاب الشبكية : قد يكون بشكلين:

- ارتشاحات نخرية بيضاء في الطبقات الداخلية للشبكية قد تترافق مع نزف داخل الشبكية ، هذه الارتشاحات عابرة ولا تقود للتندب.
- نتح شبكي شديد وحاد Acute Massive Retinal Exudation يصيب الطبقات الخارجية من الشبكية ويرافق مع انسداد أو عية مجاورة وتقود بدورها لضمور وتنخر بقعي في الشبكية [4].

**الالتهاب الزجاجي :-** التهاب شديد ومستمر عند كل المصابين بالتهاب السبيل العنبي .

**التهاب الشبكية والعصب البصري Neuroretinitis Optic .** يكون سيئاً في الإصابة الخلفية لوجود مضاعفات شديدة مهددة للرؤية وخصها انسداد الوريد الشبكي المركزي ، ومن ثم استحداث الاوعية وتورد القرزية ، وايضاً ضمور العصب البصري [5]، وقد تقود الاصابة الامامية لضمور المقلة عند النكس المتكرر [8].

### العلاج :

- 1- الاستخدام الموضعي لموسعات الحدقة وشالات العضلة الهدبية Cycloplegics and topical Mydriatics وذلك للوقايه من تشكل الالتصاقات الخلفية وراحة المريض بإزالة تشنج الجسم الهدبي
  - 2- الستيروئيدات Steroids : تستخدم الستيروئيدات موضعياً او حقناً حول المقلة او جهازياً حيث تثبط الستيروئيدات تشكل حمض الاراشيدونيك الدم ، وهو طليعة البروستاغلاندين ، ومن ثم تثبط التفاعلات الالتهابية. [7]
  - 3- Cyclosporine : يمكن علاج داء بهجت بالسيلكوسبورين بجرعة 2,5 – 5 ملغ / يومياً عن طريق الفم ، ثم تخفف الجرعة تدريجياً بحسب الاستجابة للمعالجة وبحسب المراقبة الجهازية للتأثيرات الجانبية للدواء ومعايرة نسبته في مصل المريض ، كما تأكده فعالية الـ interferon alpha-2r عند الاشخاص المعتادين على الـ Cyclosporine [9].
- ويستخدم الكولشيسين أحياناً لتخفيف من حدة هجمات القلاع الا انه لايعطى الا من قبل الاختصاصي بالأمراض الداخلية لما له من تأثيرات سمية وأهمها العقم [1].

**طرائق العمل والنتائج:**

أجريت الدراسة في المدة الواقعة بين عام 2008 – 2011 في شعبة العيون في مستشفى الكرامة – بغداد .  
يبلغ عدد مرضى داء بهجت 41 مريضاً من أصل 100 مريض من مجموعة مرضى التهاب السبيل العنبي العام. وبنسبة 32% إي ما يزيد عن ثلث المرضى بقليل. وقد كان توزيع المرضى لئماً يأتي:

**ا - حسب الجنس****جدول رقم 1- توزيع داء بهجت بحسب الجنس**

الجنس	عدد المرضى	%
ذكور	28	87,5
إناث	4	12,5
المجموع	32	% 100

إي إن أقل من خمس المرضى كن إناثاً مما يعني إن داء بهجت هو مرض الذكور غالباً .

**ب - بحسب المرحلة العمرية****جدول رقم 2 - توزيع داء بهجت بحسب المرحلة العمرية**

المرحلة العمرية	عدد المرضى	%
مرحلة الشباب (17-40)	28	87,5
مرحلة الكهول (41 - 55)	3	9,3
مرحلة المسنين	1	3,2
المجموع	32	% 100

إن معظم مرضى داء بهجت هم في مرحلة الشباب ( 28 مريضاً بنسبة 87,5 % ) علماً انه لم تلاحظ إي حالة لديهم من دون سن السابعة عشرة . مما يعني أن داء بهجت هو مرض الشباب غالباً .

**أولاً - الدراسة العينية لداء بهجت**

1- توزيع المرضى حسب جانبية الإصابة  
في الحقيقة مما يزيد من سوء إنذار هذا المرض هو إن أكثر من نصف المرضى كانت لديهم الإصابة بالعينين معا وهذا ما يوضحه الجدول رقم (3).

جدول - 3 - توزيع المرض حسب جانبية الإصابة

جانبية الإصابة	عدد المرضى	%
ثنائي الجانب	18	56,3
وحيد الجانب	8	25
متنقل	6	18,75
المجموع	32	%100

2- توزيع المرض بحسب الوضع التشريحي للالتهاب

جدول - 4 - توزيع المرضى بحسب الوضع التشريحي للالتهاب

الوضع التشريحي للالتهاب	عدد المرضى	%
إمامي	15	46,87
شامل	8	25
خلفي	6	18,75
أوسط	3	9,37
المجموع	32	% 100

من الجدول السابق نجد إن أكثر مواضع الالتهاب لدى مرضانا كانت أمامية ( أقل من نصف المرضى : 15 مريضا بنسبة 46,87 % ثم شاملة للسبيل العنبي ( 8 مرضى بنسبة 20% إي حوالي ربع المرضى) ثم خلفية ( 6 مرضى بنسبة 18,75 % إي حوالي خمس المرضى ) . إما الالتهاب الأوسط فلم يلاحظ إلا عند ثلاث من المرضى فقط ( 9,37 % ) .

3- توزيع المرضى بحسب السير السريري للالتهاب الأمامي

يبلغ عدد مرضى داء بهجت المصابين بالالتهاب الأمامي 15 مريضا وقد توزعوا كما يلي حسب السير السريري للالتهاب . يلاحظ من الجدول أن الالتهاب الأمامي الحاد الناكس شوهد في نصف مرضى الالتهاب الأمامي في حين كان الالتهاب الحاد هو الأقل شيوعا.

جدول -5- توزيع مرضى داء بهجت حسب شدة الالتهاب الخلفي

السير السريري للالتهاب الأمامي	عدد المرضى	%
حاد ناكس	9	60
مزمّن	4	26,6
حاد	2	13,3
المجموع	15	% 100

4- توزيع المرضى حسب نوع نسيج الالتهاب الخلفي بلغ عدد مرضى داء بهجت المصابين بالالتهاب الخلفي 6 مرضى وقد توزعوا بحسب نوع هذا الالتهاب كما يلي :

جدول (6) توزع مرضى داء بهجت بحسب نوع نسيج الالتهاب الخلفي

نوع الالتهاب الخلفي	عدد المرضى	%
التهاب الأوعية	3	50
التهاب الشبكية والمشيمية	2	33
الالتهاب المشترك	1	16,99
المجموع	6	% 100

في الحقيقة أكثر أنواع الالتهاب الخلفي شيوعاً في داء بهجت هو التهاب الأوعية حيث تقرب نسبته من نصف المرضى ( 3 مرضى بنسبة 50 % ) في حين كان الثلث مصابين بالتهاب الشبكية والمشيمية ونحو الربع مصابين بالالتهاب المشترك

5- توزع مرضى الالتهاب الخلفي بحسب نموذج التهاب الشبكية والمشيمية كما يلاحظ في الجدول السابق . كان هناك مريض ان مصابين بالتهاب الشبكية والمشيمية. ويبين الجدول رقم ( 7 ) توزيعهم بحسب نموذج هذا الالتهاب .

جدول - 7- توزيع مرضى الالتهاب الخلفي حسب نموذج التهاب الشبكية والمشيمية

نموذج التهاب الشبكية والمشيمية	عدد المرضى	%
متعدد البؤر	1	50
وحيد البؤرة	1	50
المجموع	2	% 100

من الجدول السابق يلاحظ أن التهاب الشبكية والمشيمية المصادف في داء بهجت كان غالباً متعدد البؤر ( مريضين إي بنسبة 50 % )

6- المضاعفات المشاهدة عند مرضى داء بهجت حدثت المضاعفات في 24 مريضاً من أصل 32 مريضاً مصاباً بداء بهجت إي بنسبة 75 % إي ثلاثة أرباع المرضى تقريباً ، وهذا يعكس خطورة هذا المرض علماً إن بعض المرضى أصيبوا بأكثر من مضاعفة ، وربما حدثت

مضاعفة ما في عين وأخرى في العين الثانية، ولذلك ستنسب المضاعفات إلى عدد حالات المضاعفات وليسرت إلى عدد المرضى وهي 28 حالة مضاعفة . وهذا ما يوضحه الجدول ( 8 )

جدول - 8 - أكثر المضاعفات شيوعا في داء بهجت

موقع المضاعفة	نوع المضاعفة	عدد الحالات	%
في القسم الأمامي للعين	الساد المختلط	6	21,42
	هبوط توتر باطن العين إلى ما دون 4 ملم	4	14,28
	ضمور المقلة	1	3,5
	ارتفاع توتر باطن العين العابر	1	3,5
في القسم الخلفي	التنمي الوعائي الشبكي	6	21,42
	وذمة اللطخة الصفراء	4	14,28
	وذمة حلزمية العصب البصري	1	3,5
	فقدان الروية بسبب بؤرة التهاب شبكية مشيمية في اللطخة الصفراء	2	7,1
	ثقب لطحه صفراء مع وذمة شبكية	1	3,5
	انفصال شبكية نتحي	1	3,5
	اعتلال العصب البصري الاقفاري الأمامي AION	1	3,5
المجموع		28	% 100

يظهر الجدول السابق أن عدد حالات المضاعفات في القسم الخلفي كان أكثر من عددها في القسم الأمامي 15 مقابل 6 ومن جهة ثانية جاء الساد والتنمي الوعائي الشبكي بالمركز الأول 6 حالات بنسبة 21,42% وجاءت وذمة اللطخة الصفراء وهبوط توتر باطن العين بالمركز الثاني أربعة حالات بنسبة 7,1% وتقاربت نسب المضاعفات .

### ثانيا - الدراسة الجهازية لمرضى داء بهجت

يستعرض الجدول رقم ( 9 ) المضاعفات الجهازية لدى مرضى داء بهجت والنسبة من عدد المرضى . وكما هو معلوم هناك معايير كبرى لداء بهجت ومعايير صغرى .

شاهد القلاع الفموي المتكرر المقترح عند جميع المرضى في حين لوحظ القلاع التناسلي عند ثلاثة أرباع المرضى تقريبا وعلى الرغم من ان التظاهرات الجلدية هي من المعايير الكبرى إلا أنها جاءت اقل شيوعا من المضاعفات المفصلية وهي من المعايير الصغرى ( 20 مريضا بنسبة 48.78 % و 24 مريضا بنسبة 58.54 % على الترتيب ) . إما المعايير الصغرى فقد جاءت بنسب قليلة نوعا ما .

#### جدول - 9 - المعايير الكبرى والصغرى لمرضى داء بهجت

نوع المعيار	المضاعفات الجهازية	عدد المرضى	العدد ضمن المجموعة	النسبة المئوية من عدد المرضى
المعايير الكبرى	الإصابة العينية	32	32	100
	القلاع الفموي المتكرر المقترح	32	32	100
	القلاع التناسلي المتكرر المقترح	24	24	75
المضاعفات الجلدية				
	بثور كاذبة	11		
	حمامي عقدة	3	14	43,75
المضاعفات المفصلية				
	آلام مفصلية التهابية	18		
	التهاب مفصل صريح	5	24	58,53
	نخرة جافة براس الفخذ	1		
اضطرابات هضمية				
	لا نوعية	6		
	خراج حول الشرج	1	7	17,1
المضاعفات الوعائية				
	التهاب وريد خثري	4	4	9,76
اضطرابات عصبية				
	فالج شقي	2		
	اضطرابات ذهنية	1	4	9,76
	نوبة اختلاجية	1		
	التهاب البربخ	1	1	2,44
	التهاب العضلات	1	1	2,44
المعايير الصغرى				



## المناقشة :

يصيب داء بهجت الذكور أكثر من الإناث ( 10 ) . وهذا ما لمسناه في دراستنا كذلك . فالذكور كانوا أكثر إصابة من الإناث بما يقرب من 4.9 مرة وهي نسبة أقل بقليل من النسبة المشاهدة في دراسة أجريت بمستشفى المواساة بدمشق عام 1990 (12) حيث شملت 20 مريضاً مصاباً بداء بهجت وكانت نسبة إصابة الذكور أكثر من الإناث بما يقرب من 5,6 مرة ( 85% ذكور و 15% إناث ) وربما يكون هذا ناتجا عن ازدياد الوعي بين المرضى حيث ازدادت نسبة مراجعة الإناث .

ومن جهة أخرى لا نستطيع الجزم هل كان هذا الميل الكبير للحدوث ميلاً حقيقياً أم أن نسبة المراجعين إجمالاً ما زالت عند الذكور أكبر منها عند الإناث . إن مرحلة الشباب هي المرحلة الأكثر إصابة بداء بهجت وهذا منطقي لأن داء بهجت هو مرض الشباب ( 10 ) ؛ إلا أن السبب الحقيقي الكامن وراء ذلك لا يزال مجهولاً وربما يكون نتيجة لفرط نشاط وفعالية الجهاز المناعي لدى الشباب كما أن الهرمونات قد تؤدي دوراً مهماً في خفض نسبة الإصابة في المرض وهذا ما نلاحظه في إصابة الذكور أكثر من الإناث وذلك لاختلاف الهرمونات الذكرية عن الهرمونات الأنثوية .

أما المضاعفات العينية لداء بهجت فيغلب على التهاب السبيل العنبي المشاهد في داء بهجت ما يلي :

- ثنائي الجانب: عند 56.1% من المرضى .  
- إمامي : عند 53,65% من المرضى وهو غالباً حاد ناكس ( عند 50% من المرضى)

- التهاب الخافي: غالباً من نوع التهاب الأوعية ( عند 50% من مرضى الالتهاب الخفي مصابين بداء بهجت )  
وإذا كان من نوع التهاب الشبكية والمشيمية فهو غالباً عديد البؤر ( عند 50% من مرضى التهاب الشبكية والمشيمية مصابين بداء بهجت ) .

وكما يلاحظ يختار داء بهجت العناصر الأخطر للالتهاب . فقد أصيب 75% من مرضى داء بهجت بالمضاعفات إي ما يقرب من ثلاثة أرباع المرضى تقريباً وكان أكثرها شيوعاً التئمي الوعائي الشبكي \_ وما يقود إليه من مضاعفات والساد المختلط ( 14,28% لكل منها ) كل هذا يعكس خطورة هذا المرض الذي يدفع إلى التشخيص المبكر والعلاج السريع للوقاية من المضاعفات 3، وهذا ما أكدته الدراسة المحلية السابقة التي جرت عام 1990 (11) حيث درست علاج مرض داء بهجت وخلصت إلى أن العلاج المبكر يقي من تطورات المرض وخاصة عند العلاج بال Cyclosporines .

## المضاعفات الجهازية لداء بهجت:-

في الحقيقة داء بهجت لا يخفي نفسه إلا ما ندر فجميع مرضى داء بهجت مصابون بالفقاع الفموي المتكرر المتفوح وجاءت بقية المعايير الكبرى بنسب متفاوتة إلا أنها مرتفعة اجمالاً فالفقاع التناسلي المتكرر اصاب 75% من مرضى داء بهجت وأصابت المضاعفات الجلدية 43.75% من المرضى . ومن ثم لم يلتبس علينا التشخيص الا في حالات قليلة لكن المتابعة كانت كفيلة بإظهار ما اختبأ من معايير داء بهجت بحيث وضع التشخيص في النهاية .  
وبمقارنة نتائج الدراسة المحلية الحالية مع نتائج الدراسة المحلية السابقة ونتائج احدى الدراسات العالمية (11) حول توزع المضاعفات الجهازية في داء بهجت .  
علماً ان الدراسة المحلية السابقة والدراسة العالمية شملتتا مرضى مصابين بداء بهجت عموماً ولم تختارا المرضى المصابين بداء بهجت وبالتهاب سبيل عني معاً، ولهذا أهمية كبرى كما سيرد.

## جدول - 10 - مقارنة المضاعفات الجهازية لداء بهجت بين دراستنا المحلية ودراسات عالمية

دراسة عالمية	دراسة محلية اخرى	دراستنا المحلية	المعايير الكبرى
90%	90%	100%	المضاعفات العينية
99%	99%	100%	الفقاع الفموي المتكرر المتفوح
70%	65%	73,17%	الفقاع التناسلي المولم الناكس
85%	80%	48,78%	المضاعفات الجلدية
			المعايير الصغرى
50%	85%	58,53%	المضاعفات المفصلية
50%	55%	17,1%	الاضطرابات الهضمية
10%	10%	9,76%	الاضطرابات العصبية
-	-	9,76%	المضاعفات الوعائية
6%	5%	2,44%	التهاب البربخ
-	-	2,44%	التهاب العضلات

باجراء المقارنة نجد ما يلي :

بعض النسب كانت متقاربة وبعضها كان فيه اختلاف واضح ، فيما يتعلق بالإصابة الجلدية هناك اختلاف واضح بين النسب فنسبتها اقل في دراستنا منها في الدراستين الآخرين بما يقرب من النصف ( 84,78% في دراستنا مقابل 80% و 85% في الدراستين الاخرين.

في الحقيقة قد نجد الجواب لو ذكرنا ان اكثر الزمر النسيجية شيوعا عند مرضى داء بهجت ترافقا مع الاصابه العينيه هي HLA-B51 O1 .

وتذكر الدراسه المحليه السابقه ان اكثر الزمر النسيجية شيوعا عند مرضى داء بهجت ترافقا مع الاصابه الجلديه هي . HLA\_ B27 ، وبكلمه اخرى،ربما كانت تسيطر بين مرضى دراستنا الزمره النسيجية HLA-B51 O1 ، وتسيطر الزمره النسيجية HLA-B27 بين مرضى الدراستين المحليه السابقه والعالميه،وربما يكون هذا ناتجا عن اختيار دراستنا لمرضى الاصابه العينيه حصرا.

وبالطريقه نفسها نستطيع تفسير اختلاف النسب في الاصابه الهضميه في دراستنا هي 17.1%،في حين هي في الدراسه المحليه السابقه 55%.وفي الدراسه العالميه 50%. اما نسبة التهاب البربخ ففي دراستنا هي 2.44% وفي الدراسه المحليه السابقه 5% وفي الدراسه العالميه 6%.

كما يلاحظ أن هناك بعض الإصابات النادرة كالتهاب العضلات (شوهدت في دراستنا بنسبة 2.44% في حين لم تذكر في الدراستين الاخرتين). لكن الشيء الذي يثير التساؤل هو موضوع شيوع التهاب الوريد الخثري (الاصابه الوعائيه).

فمن المعروف ان هذا المعيار الصغير شائع نوعا ما في داء بهجت [11] وقد جاء في دراستنا بنسبة 10% من المرضى تقريبا ولكن لم يذكر البتة في الدراستين الاخرتين.

اما الاصابه المفصليه فهي كما هو معلوم،معيار صغير الا انها جاءت اكثر شيوعا من الاصابه الجلديه والتي هي معيار كبير وهذه ليست في دراستنا فحسب بل في الدراسه المحليه السابقه وهذا لا ينطبق على الدراسه العالميه ففي دراستنا جاءت الاصابه المفصليه بنسبة 58.53% مقابل نسبة الاصابه الجلديه وهي 43.75% وفي الدراسه المحليه السابقه جاءت الاصابه المفصليه بنسبة 85% مقابل نسبة الاصابه الجلديه وهي 80%، اما في الدراسه العالميه فقد بلغت نسبة الاصابه المفصليه 50% مقابل 85% وهي الاصابه الجلديه.

الا يوحي هذا لنا بان داء بهجت له صفات مميزه في منطقتنا بل الايمكننا ان نقترح ان تكون المضاعفات المفصليه احد المعايير الكبرى في بلادنا؟ في الحقيقة يحتاج هذا الامر لمزيد من الدراسه والبحث.

## Reference

1. Andereoli, T.E. and others. Cecil Essentials Of Medicine Infections Diseases. Eds. Carpenter, C.C.J. and others. Musculoskeletal And Connective Tissue Diseases. Eds. Ho, G. Kammer, G. 2nd ed. Philadelphia U.S.A: W. B Saunders Company, 1990.
2. Haut-J and others. "Search For Etiology in 110 Cases Of Uveitis Of Punctures Of The Aqueous Humor And Vitreous Body" J-Fr-Ophthalme. 1995; 18 (4): 292-304.
3. Kanski, Jack J. Clinical Ophthalmology: A Systemic Approach. 3rd ed. London: Butler & Tanner Ltd, 1994. 151-200.
4. Lyons-JL; Rosenbaum-J T. "Uveitis associated With Intraocular Bowel Devereare Compared With Uveitis Associated With Spondyloarthropathy" Archophthalmol. 1997 Jan; 115 (1): 31-4.
5. Nozik, R.A and Freitas, L.L. "Clinical Uveitis Entities". Highlights Of Ophthalmology Lippincott (Mini-Highlight). 21. 4 (1993): 30-34.
6. Saari-KM and others. "Epidemiology Of Endogenous Uveitis In South-Western Finland." Acta-Ophthalmol Scand. 1995 Aug; 73 (4): 345-9.
7. Salmovits, Thomas L. American Academy Of Ophthalmology Course: Section 2: Basic And Clinical Science Course. Gerhard W. Cibis and others. U.S.A American Academy Of Ophthalmology, 1994-1995.
8. Salmovits, Thomas L. American Academy Of Ophthalmology Course: Section 9: Intraocular Inflammation And Uveitis. Eds. Rao, Narsing A. and others U.S.A: American Academy Of Ophthalmology, 1995-1996.
9. Sanchez-Roman-J and others. "The Use Of Interferon Alfa-2r in the treatment of autoimmune..." Revclin-Esp. 1996 May; 169 (5): 293
10. Tasman, W. Duane's Clinical Ophthalmology: Diseases of the Uvea. Vol.4. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1994, 1995, 1996.
11. Yoshikawa-K and others. "Behcet's disease and Streptococcal antigens." Nippon-Ganka-Gakka-Zasshi. 1996 Mar; 100 (3): 177-80.