

Gastroenterologie: Die Wiederauferstehung Roms

Rainer Hürlimann, Volker Stenz

Medizinische Klinik, Gastroenterologie, Kantonsspital Münsterlingen

Die Rom-III-Kriterien

Seit dem Welterfolg des Hollywood-Streifens «Gladiator» im Jahr 2000 ist Rom wieder in aller Munde. Bereits vor diesem Boom wurden mit den Rom-I- und den Rom-II-Kriterien (1994 und 1999) Meilensteine in der Beurteilung von funktionellen gastrointestinalen Störungen (FGS) gesetzt [1, 2]. In diesem Jahr konnten nun die von 87 Experten aus 18 Ländern ausgearbeiteten Rom-III-Kriterien präsentiert werden [3–7]. Es handelt sich dabei um ein symptom-basiertes Klassifizierungssystem zur Charakterisierung der FGS. Aufgrund ihrer weiten Verbreitung und der limitierten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind und bleiben die FGS eine grosse Herausforderung für die tägliche klinische Praxis und die Forschung.

Pathogenese der funktionellen gastrointestinalen Störungen (FGS)

Bei den FGS handelt es sich um multifaktoriell bedingte Phänomene. Ihre pathogenetischen Elemente sind: eine genetische Prädisposition, Motilitätsstörungen, eine viszerale Hypersensitivität, immunologische Schleimhautphänomene, eine gestörte Hirn-Darm-Interaktion sowie frühkindliche und psychosoziale Faktoren [3].

Was ist neu in Rom III?

Die Grundlage der Klassifizierung bildeten neue Studienergebnisse sowie bekannte Probleme der Rom-II-Klassifikation. Die FGS werden jetzt in sechs Hauptkategorien (A. bis F.) für Erwachsene und in zwei pädiatrische Gruppen (G. und H.) eingeteilt (Tab. 1 ) . Das Zeitfenster, um die diagnostischen Kriterien zu erreichen, wurde revidiert: Neu wird gefordert, dass die Symptome während mindestens drei der zurückliegenden sechs Monate bestanden haben [3].

Die bisherige Definition der funktionellen Dyspepsie als Schmerz oder Missempfindung lokalisiert im Oberbauch erwies sich als zu wenig spezifisch. Studien zur Effektivität therapeutischer Massnahmen haben den Begriff oft unterschiedlich ausgelegt oder Symptome wie retrosternales Brennen hinzugefügt. Zudem war eine Wirksamkeit der geprüften Massnahme hinsichtlich der Schmerzen nahezu obligat gefordert. Bei gleichzeitig konstant hohen Placebo-

Tabelle 1. Die Rom-III-Klassifizierung der funktionellen gastrointestinalen Störungen (nach Drossman 2006 [3]).

| |
|---|
| A. Funktionelle ösophageale Störungen |
| A1. Funktionelles Sodbrennen |
| A2. Funktionelle Thoraxschmerzen mutmasslich ösophagealen Ursprungs |
| A3. Funktionelle Dysphagie |
| A4. Globus |
| B. Funktionelle gastroduodenale Störungen |
| B1. Funktionelle Dyspepsie |
| B1a. «Postprandial distress syndrome» |
| B1b. Epigastrisches Schmerzsyndrom |
| B2. Funktionelles Luftaufstossen |
| B2a. Aerophagie |
| B2b. Unspezifisches exzessives Luftaufstossen |
| B3. Übelkeit und Erbrechen |
| B3a. Chronische idiopathische Übelkeit |
| B3b. Funktionelles Erbrechen |
| B3c. Syndrom des zyklischen Erbrechens |
| B4. Ruminationssyndrom des Erwachsenen |
| C. Funktionelle intestinale Störungen |
| C1. Reizdarmsyndrom |
| C2. Funktionelle Blähungen |
| C3. Funktionelle Obstipation |
| C4. Funktionelle Diarrhoe |
| C5. Unspezifische funktionelle intestinale Störungen |
| D. Funktionelle abdominale Schmerzsyndrome |
| E. Funktionelle Gallenblasen- und Oddi-Sphinkter-Störungen |
| E1. Funktionelle Gallenblasenbeschwerden |
| E2. Biliäre Oddi-Sphinkter-Dysfunktion |
| E3. Pankreatische Oddi-Sphinkter-Dysfunktion |
| F. Funktionelle anorektale Störungen |
| F1. Funktionelle Stuhlinkontinenz |
| F2. Funktionelle anorektale Schmerzen |
| F2a. Chronische Proktalgie |
| F2a1. Levator-ani-Syndrom |
| F2a2. Unspezifische funktionelle anorektale Schmerzen |
| F2b. Proctalgia fugax |
| F3. Funktionelle Defäkationsstörungen |
| F3a. Dyssynerge Defäkation |
| F3b. Inadäquate defäkatorische Propulsion |
| G. Funktionelle Störungen bei Neugeborenen und Kleinkindern |
| H. Funktionelle Störungen bei Kindern und Jugendlichen |

ansprechraten konnte deswegen eine Wirksamkeit nur selten nachgewiesen werden. Neu wird die Diagnose der funktionellen Dyspepsie aufgrund eines oder mehrerer Dyspepsiesymptome (Tab. 2 ☞) gestellt, deren Ursprung nach Ausschluss anderer Pathologien in der Gastro-duodenalregion zu liegen scheint. Zudem wird auch auf das mögliche gleichzeitige Vorliegen anderer Störungen wie einer Refluxerkrankung oder eines Reizdarmsyndroms (RDS) hingewiesen.

Hinzugefügt wurden das epigastrische Schmerzsyndrom (Tab. 3 ☞) und das «postprandial distress syndrome» (Tab. 4 ☞), deren Symptomatik vorwiegend nahrungsabhängig ist bzw. sich vor allem in Form von Schmerzen ausdrückt. Eine Anwendung der neugeschaffenen Begriffe wird allerdings vorerst nur für Studienzwecke und nicht für die klinische Praxis empfohlen.

Für Übelkeit und Erbrechen wurden neben dem funktionellen Erbrechen neu die Syndrome des zyklischen Erbrechens (Tab. 5 ☞) und der chronischen idiopathischen Übelkeit (Tab. 6 ☞) definiert [4].

Beim Reizdarmsyndrom (RDS) wurde als Kriterium neu aufgenommen, dass die Beschwerden mindestens dreimal pro Monat auftreten müssen. Die für die Diagnosestellung erforderliche Zeitdauer wurde auf sechs Monate verkürzt (Tab. 7 ☞) und die Subtypisierung verfeinert: IBS-C (RDS mit Obstipation), IBS-D (RDS mit Diarrhoe), IBS-M (gemischtes und nichtklassifiziertes RDS) [5]. Als Grundlage für die Einteilung der Stuhlkonsistenz gilt die sogenannte Bristol-Stuhltabelle [8]. Die funktionellen abdominalen Schmerzsyndrome wurden vom RDS separiert. Dies reflektiert die wachsende Evidenz, dass diese Syndrome mehr durch eine ZNS-Amplifikation der normalen regulatorischen viszeralen Signale als durch funktionelle Abnormitäten des Gastrointestinaltraktes herrühren [6].

Für die Diagnose von funktionellen Gallenblasen- und Sphinkter-Oddi-Störungen wurden restriktivere Kriterien definiert; dies in der Absicht, unnötigen invasiven Abklärungen der Gallenwege und des Pankreas vorzubeugen [7].

Tabelle 2. Funktionelle Dyspepsie.

Mindestens eines der folgenden Symptome während mindestens drei Monaten und vor mindestens sechs Monaten erstmals aufgetreten:

- Störendes postprandiales Völlegefühl
- Beschleunigtes Sättigungsgefühl
- Epigastrische Schmerzen
- Epigastrisches Brennen
- Keine Anhaltspunkte für eine strukturelle Pathologie (inkl. normale Gastroskopie), welche die Symptomatik erklären könnte

Tabelle 3. Epigastrisches Schmerzsyndrom.

Schmerzen und Brennen während mindestens drei Monaten und vor mindestens sechs Monaten erstmals aufgetreten:

- Intermittierend
- Im Epigastrium lokalisiert, mindestens mittelschwer, mindestens einmal pro Woche auftretend

Und nicht:

- Generalisiert oder in anderen abdominalen oder thorakalen Regionen auftretend
- Durch Stuhl- oder Windabgang sich bessernd
- Die Kriterien der Gallenblasen- oder Sphinkter-Oddi-Dysfunktion erfüllend

Tabelle 4. «Postprandial distress syndrome».

Mindestens während drei Monaten, Beginn vor mindestens sechs Monaten:

- Störendes postprandiales Völlegefühl nach normalen Mahlzeiten, mehrmals pro Woche und/oder
- Beschleunigtes Sättigungsgefühl, zu vorzeitiger Beendigung der Mahlzeit führend, mehrmals pro Woche auftretend

Tabelle 5. Syndrom des zyklischen Erbrechens.

Mindestens während drei Monaten, Beginn vor mindestens sechs Monaten:

- Stereotype Episoden von Erbrechen mit akutem Beginn und von weniger als einer Woche Dauer
- Mindestens drei diskrete Episoden im Vorjahr
- Fehlen von Übelkeit und Erbrechen zwischen den Episoden
- Die Diagnose stützendes Kriterium: Migräne in der persönlichen oder in der Familienanamnese

Tabelle 6. Chronische idiopathische Übelkeit.

Mindestens während drei Monaten, Beginn vor mindestens sechs Monaten:

- Störende Übelkeit mehrmals pro Woche
- Normalerweise nicht mit Erbrechen einhergehend
- Normale Gastroskopie, keine die Nausea erklärende organische Pathologie

Tabelle 7. Reizdarmsyndrom.

Abdominale Schmerzen oder Unwohlsein an mindestens drei Tagen pro Monat während der vorangegangenen drei Monate, Beginn vor mindestens sechs Monaten mit mindestens zwei der folgenden Zeichen:

- Besserung durch Defäkation
- Beginn mit Änderung der Stuhlfrequenz
- Beginn mit Änderung von Stuhlkonsistenz und -aussehen

Schlussfolgerung

Die Rom-III-Klassifizierung vermag auf den ersten Blick keine bahnbrechenden Neuerungen für die Behandlung der funktionellen gastrointestinalen Störungen zu erbringen. Die genaue Definition der in der Regel diffusen und bunten Krankheitsbilder erleichtert jedoch sowohl für Betreuende als auch für Patientinnen und Pa-

tienten den Umgang mit diesen Beschwerden, beugt nutzlosen invasiven Abklärungen vor und ermöglicht eine standardisierte Präsentation von Forschungsergebnissen. Auch wird die Prüfung neuer Therapien durch strenger gefasste Kriterien erleichtert. Die Rom-Klassifizierung ist ein dynamischer Prozess, und es ist nur eine Frage der Zeit, bis die Kriterien erneut revidiert werden (siehe dazu unter: www.romecriteria.org).

Literatur

- 1 Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, Thompson WG, Corazziari E, Whitehead WE. The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment. 1st edition. McLean, VA: Degnon Associates; 1994.
- 2 Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut*. 1999;45:1–5.
- 3 Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1377–90.
- 4 Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1466–79.
- 5 Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1480–91.
- 6 Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q, Drossman DA, Dumitrascu DL, Monnikes H, et al. Functional abdominal pain syndrome. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1492–7.
- 7 Behar J, Corazziari E, Guelrud M, Hogan W, Sherman S, Toouli J. Functional gallbladder and sphincter of oddi disorders. *Gastroenterology* 2006;130(5):1498–509.
- 8 O'Donnell LJD, Virjee J, Heaton KW. Detection of pseudo-diarrhoea by simple clinical assessment of intestinal transit rate. *BMJ*. 1990;300:439–40.

Korrespondenz:

Dr. med. Rainer Hürlimann
Gastroenterologie
Kantonsspital
CH-8596 Münsterlingen
rainer.huerlimann@stgag.ch