

TULBURĂRILE FUNCȚIONALE GASTROINTESTINALE. CRITERIILE DE LA ROMA III

FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS. THE ROME III CRITERIA

Rezumat

Tulburările funcționale gastrointestinale au devenit acceptate atât pentru practica medicală, cât și pentru cercetările științifice. Fundația de la Roma și-a asumat responsabilitatea pentru modificările în stabilirea diagnosticului bazat pe simptome în patologia funcțională gastrointestinală. Ultimele modificări ale criteriilor, Roma III, care au fost recent completate și discutate la simpozionul Săptămânii Bolilor Digestive (2006), se prezintă în acest reviu.

Vlada DUMBRAVA¹, Ina ROMANCIUC²,
Svetlana ȚURCAN³

- 1 – d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedra Medicina internă N4
2 – d.ș.m., cercetător științific, Laboratorul Gastroenterologie
3 – d.ș.m., conferențiar cercetător, Laboratorul Gastroenterologie

Summary

Functional gastrointestinal disorders have become generally more widely accepted as legitimate diagnostic conditions worthy of clinical attention an scientific investigation. The Rome Foundation has taken on the challenge of establishing symptom-based diagnostic criteria for

these disorders because of a current lack of diagnostic biologic markers. The newest modification of the criteria, the Rome III criteria, that was recently completed and discussed at a symposium Digestive Diseases Week meeting, 2006, are presented in this review.

În practica medicală pacienții cu tulburări funcționale ale tractului gastrointestinal (TFGI) constituie un contingent dificil atât sub aspect de diagnostic, cât și de tratament. Deoarece stabilirea diagnosticului de TFGI necesită excluderea unui șir de patologii organice și inflamatorii, se recurge la multiple intervenții diagnostice, vizite repetate la medici în căutarea bolii (diagnosticului), capabile să explice simptomele prezentate de pacient.

Problemele tratamentului sunt condiționate de implicarea mai multor mecanisme patogenetice în apariția simptomelor clinice (factorii psihosociali, hipersensibilitatea viscerală, tulburările de motilitate prin implicarea axei enterocorticale).

Există relatări din diferite perioade ale istoriei despre afecțiuni gastrointestinale de natură funcțională (nervoasă, emoțională etc.) și chiar încercări de tratament al lor. Însă, știința medicală din acele perioade lăsa în umbra atenției sale acest grup de patologii, deoarece în aparență ele păreau a fi neidentificabile, lipseau bazele conceptuale pentru înțelegerea și structurarea lor.

Bazată pe conceptul dualismului, viziunea medicală asupra bolilor presupunea existența substratului organic. Lipsa acestui substrat în prezența simptomelor nu se considera legitimă. Până aproape de finele secolului XX tulburările funcționale erau considerate ca puțin explicabile științific și slab supuse tratamentului, iar pacienții cu TF primeau stigma psihiatrică [6]. În rădăcinarea conceptului reduționist de separare a corpului (somaticului) de suflet (psihic) și formarea **modelului bazat pe boală** a condus spre dezvoltarea științelor medicale, spre cercetări valoroase de elaborare a tratamentelor pentru multe maladii. Însă interacțiunile dintre somatic și psihic au fost marginalizate pe parcursul secolelor, mintea (conștiința)

fiind considerată ca derivată a sufletului, iar bolile psihice, erau privite separat și se credeau inaccesibile pentru studii.

Numai în secolul XX încep investigațiile sistematice asupra patologiei funcționale, ultimele 3 decenii fiind remarcabile prin cea mai distinctă atenție științifică pentru acest grup de maladii.

Studiile mai recente leagă psihicul și corpul ca **părți ale unui sistem**, dezechilibrul căruia poate produce boli. **Abordarea integrativă** – modelul biopsihosocial permite multideterminismul simptomelor (Fig.1) și acceptă posibilitatea de modificare a lor prin influențe socioculturale și psihologice [6].

În prezent TFGI sunt acceptate ca **entități medicale legitime**, bazate pe următoarele trei principii [2, 4]:

1. conceptul modelului biopsihosocial al bolilor;
2. dezvoltarea noilor metode investigative pentru studierea bolilor;
3. dezvoltarea Criteriilor de la Roma.

Conceptul **modelului biopsihosocial** a fost propus în 1977 de către George Engel. În baza lui se facilitează înțelegerea, categorizarea și tratamentul simptomelor gastrointestinale comune. Aceste simptome prezintă un produs integrativ al tulburărilor de motilitate, creșterii sensibilității viscerale, în condițiile afectării coordonării între creier și tractul gastrointestinal și sub influența factorilor psihosociali [3].

În eforturile științei medicale de clarificare în domeniul TFGI, au fost create comitete de experți (clinicieni, fiziologi, psihiatri, farmacologi etc.), abilitați să caracterizeze și să clasifice tulburările funcționale gastrointestinale, folosind **sistemul de clasificare bazat pe simptome**.

În pofida diversității TFGI (localizare, particularitățile simptomelor), caracteristicile comune au putut fi clasificate

reieșind din: fiziologia motilității și a sensibilității; interrelațiile cu SNC; abordările terapeutice [2].

Prima întrunire a comitetelor internaționale în 1992 s-a soldat cu un șir de publicații în *Gastroenterology International* și a criteriilor „Tulburări funcționale gastrointestinale. **Roma I**” (“*The Functional Gastrointestinal Disorders. Rome I*”). Criteriile **Roma II** au fost publicate în suplimentul *Gut* (1999) și separat în 2000. Recent Comitetul coordonator de la Roma (*Rome Coordinating Committee*) a avut ultima întrunire, care a condus spre publicarea criteriilor **Roma III** în a 13-ea ediție a *Gastroenterology*, 2006.

Criteriile Roma III au fost prezentate în Los Angeles la Săptămâna Bolilor Digestive (*Digestive Disease Week*) 20-25 mai 2006 de către Președintele Fundației de la Roma Douglas Drossman. Fundația de la Roma are ca scop **sporirea recunoașterii clinice și legitimarea TFGI, precum și dezvoltarea înțelegerii mai bune a mecanismelor patofiziologice în ordinea optimizării tratamentului** [3]. În acest context, procesul de la Roma joacă un rol important în categorizarea și diseminarea noilor cunoștințe.

În cadrul simpozionului s-au definit simptomele TFGI, ca fiind influențate de multipli **factori**: tulburări de motilitate, hipersensibilitate viscerală, inflamație și disfuncții imune ale mucoasei (inclusiv și prin schimbări ale florei bacteriene), abnormalități de interacțiune entero-corticală, experiența de viață (din copilărie), factori psihosociali [5, 6, 10].

La Săptămâna Bolilor Digestive 2006 D.Drossman a menționat că, spre deosebire de maladiile organice, simptomele nonstructurale, descrise ca „funcționale” rămân a fi enigmatice, puțin explicabile și greu de tratat. Există factori fiziologici, intrapsihici și socioculturali, care amplifică percepția acestor simptome. Ele pot fi percepute ca severe, neplăcute sau amenințătoare și să se reflecte ulterior asupra activităților diurne. Persoanele cu TFGI își atribuie simptomele unei boli și recurg la autotratare sau solicită ajutor medical. Tradițional, medicul trebuie să excludă un șir de patologii de origine infecțioase, inflamatorii, neoplastice etc., și numai după aceasta să concludă că pacientul are probleme „funcționale”, care necesită abordări terapeutice speciale.

Prin dezvoltarea și utilizarea metodelor de investigare a fost posibilă efectuarea unui număr mare de cercetări, rezultatele cărora au pus baza teoretică, capabilă să explice mecanismele patofiziologice de dezvoltare a TFGI, s-a găsit „puntea de legătură” între sistemul nervos și funcția tubului digestiv, cu participarea ariilor emoțională și cognitivă.

Factorii **patofiziologici**, implicați în apariția TFGI sunt incluși în schema modelului biopsihosocial (Fig. 1).

Factorii genetici pot predispuce spre dezvoltarea TFGI, iar **factorii de mediu** contribuie la expresia fenomică a acestor condiții. Factorii genetici includ: niveluri scăzute a IL-10 [7], afectarea polimorfismului receptorilor de recaptare a serotoninei [9], a g-proteinei [8] și á-adrenoreceptorilor [9].

Factorii psihosociali sunt modulatori ai experienței și comportamentului pacientului, și în rezultat ai prezentării clinice. În urma cercetărilor s-au făcut 3 observații generale vizând acești factori: 1) stresul psihologic exacerbează simptomele gastrointestinale (inclusiv și la sănătoși); 2) factorii psihosociali modifică experiența de boală și favorizează comportamentul maladiv; 3) TFGI pot avea consecințe psihosociale (la fel ca și orice boală cronică) [6].

Motilitatea tubului digestiv se amplifică în condiții de stres

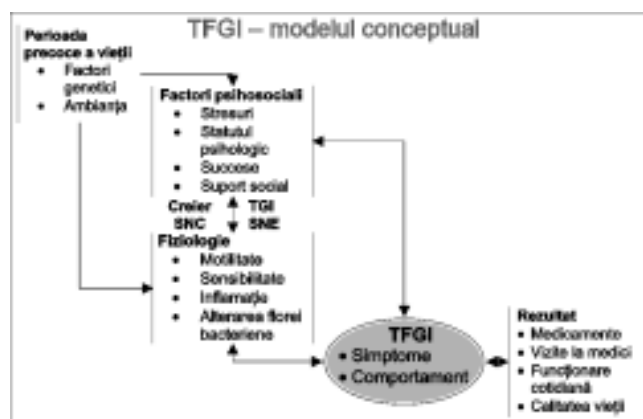


Fig. 1. Conceptul biopsihosocial al tulburărilor funcționale gastrointestinale (Drossman DA, 2006)

(TFGI – tulburări funcționale gastrointestinale; TGI – tractul gastrointestinal; SNC – sistem nervos central; SNE – sistem nervos enteric)

sau la emoții puternice, chiar și la subiecții sănătoși. TFGI se caracterizează prin răspunsuri motorii și mai exagerate la stresuri, în comparație cu grupul sănătos [6].

Hipersensibilitatea viscerală ajută la explicarea asocierilor joase dintre durere și motilitate la un șir de TFGI [1]. Pacienții cu forme dureroase de TFGI (ex. sindromul intestinului iritabil) manifestă praguri dureroase scăzute la distensia cu balon a intestinului (hiperalgezia viscerală). Pentru pacienții cu TFGI este caracteristic fenomenul de *senzitivizare* sau *amplificare a hiperalgeziei* prin acțiuni repetitive ale stimulilor. Aceasta rezultă din alterarea receptorilor senzitivi ai mucoasei gastrointestinale și plexurilor mezenterice, posibil în urma **infecției, inflamației**, degranulării mastocitelor sau creșterii activității serotoninice. Cauzele hipersensibilității viscerale pot fi situate și la alte niveluri: tracturi nervoase senzitive, amplificări de stimuli la nivelul SNC.

În baza modelului biopsihosocial, de către experții consensului Roma III, TFGI sunt concepute ca *produs clinic al interacțiunii dintre factorii psihosociali și fiziologia alterată a tubului digestiv prin axa enterocorticală*. Spre exemplu, la persoanele fără dificultăți psihosociale și cu abilități de reușită bună (*coping skills*) gastritele bacteriene sau alte tulburări intestinale nu vor fi urmate de dezvoltarea sindromului clinic de TFGI. Sau, cel puțin, manifestările vor fi neesențiale și nu vor impune adresare după ajutor medical.

Și invers, indivizii cu comorbidități psihosociale, stresuri dezadaptive, istoric de abuz sau cu multe nereușite în viață – pot dezvolta acest sindrom (ex. SII sau dispepsie funcțională postinfecțioasă) și devin pacienți ce fac vizite repetate la medici. Astfel, se închide cercul vicios, deoarece prezența simptomelor și comportamentul maladiv afectează severitatea tulburării, contribuind la menținerea bolii în calitate de factori psihosociali suplimentari (secundari) [6].

În overview-ul asupra Procesului de la **Roma III**, D.Drossman menționează despre conservatismul acestei întruniri și că **modificările** s-au făcut *numai acolo unde existau dovezi* certe pentru a le face.

Sumarul modificărilor în criteriile Roma III și alte recomandări pentru justificarea lor se prezintă [5, 6, 10]:

1. Schimbarea limitelor temporare pentru TFGI. Pentru stabilirea diagnosticului de TFGI acum se recomandă ca debutul simptomelor să fie cel puțin 6 luni în urmă, iar în ultimele 3 luni simptomele să corespundă criteriilor. Aceste

limite de timp sunt mai puțin restrictive în comparație cu Roma II (12 săptămâni de simptome pe parcursul ultimului an).

2. Schimbări în categoriile de clasificare:

- *Sindromul de ruminație* a fost deplasat din categoria TF esofagiene în categoria TF gastroduodenale. Acesta reflectă că originea simptomelor derivă din presiunea generată de stomac și musculatura abdominală.

- Separarea în categorii aparte a *sindromului de durere abdominală funcțională (SDAF)*, care în Roma II era inclus în categoria TF intestinale. Aceasta se bazează pe faptul că în SDAF se amplifică de către SNC semnalele viscerale normale, și prezintă o tulburare funcțională *per se* în limitele TGI. Membrii comitetului selectați pentru această categorie nouă includ psihologi, psihiatri și gastroenterologi implicați în interacțiunile entero-corticale.

- *Crearea a două categorii pediatrice.* Categoria „tulburări funcționale gastrointestinale pediatrice” (Roma II) astăzi este clasificată ca: „TFGI pediatrice în vârsta neonatală/fragedă” și „TFGI la copii/adolescenți”. Aceasta reflectă condițiile clinice diferite, existente între două categorii, având în vedere particularitățile de creștere și dezvoltare ale copiilor.

3. Modificări ale criteriilor:

- *Dispepsia funcțională*, în calitate de entitate pentru cercetare, din motivul eterogenității simptomelor, a fost supusă corectării. Comitetul gastroduodenal a recomandat substituirea ei cu un termen integrativ – „complexul simptomelor dispeptice”, care se clasifică în două condiții: a) distres sindromul postprandial și b) sindromul durerii epigastrice. Deși similare cu variantele ulcer-like și dismotilitate ale criteriilor Roma II, acum acestea au câteva criterii derivate din studii analitico-factoriale și suport fiziologic, fiind bazate pe un singur simptom de disconfort epigastric sau durere. Sunt necesare studii în viitor pentru a legitima aceste modificări.

- *Criterii mai restrictive pentru disfuncții ale tractului biliar și de sfincter Oddi.* Una dintre cele mai complexe și controversate arii din cadrul TFGI se referă către diagnosticul și tratamentul pacienților cu tulburări funcționale ale tractului biliar și de sfincter Oddi. Acestea au o prevalență mai joasă în comparație cu alte TFGI, făcând aceste condiții dificile pentru studiere, la fel și riscul iatrogenic legat de procedee diagnostice invazive cu risc pentru viață, cum ar fi colangiopancreatografia retrogradă și manometria Oddiană. Prin acord, consensul Roma III a dezvoltat particularități specifice ale criteriilor și excepții pentru diagnosticul bazat pe simptome. Cu toate acestea, criteriile reduc populația de pacienți ce vor apela studiilor invazive pentru confirmarea diagnosticului și inițierea tratamentului.

- *Revizuirea subtipurilor sindromului intestin iritabil (SII).* Conform Roma II, SII se clasifică în subtipurile: SII cu constipații și SII cu diaree, existând dificultăți de utilizare în practica clinică. Mai mult ca atât, nu este clar cum se interpretează pacienții care nu îndeplinesc criteriile pentru aceste 2 subtipuri, dar totuși au SII. În Roma III clasificarea a fost simplificată astfel că diareea, constipația și subtipurile mixte se bazează pe clasificarea consistenței scaunului, determinată prin scara Bristol a consistenței scaunului (*Bristol Stool Scale Form*). Aceste criterii au fost supuse redactării fiziologice ca dereglări ale tranzitului intestinal decât dificultăți de defecație.

Clasificarea TFGI conform Criteriilor Roma III conține 28 entități pentru adulți și 17 pediatrice, repartizate în 6 categorii pentru adulți și 2 pediatrice (Tabel 1).

Tabel 1

Clasificarea tulburărilor funcționale gastrointestinale conform Criteriilor Roma III

A Tulburări funcționale esofagiene	
A1	Pirozis funcțional
A2	Durere toracică funcțională de origine prezumtiv esofagiană
A3	Disfagia funcțională
A4	Globus
B Tulburări funcționale gastroduodenale	
B1	Dispepsia funcțională
	B1a. Distres sindrom postprandial
	B1b. Sindromul durerii epigastrale
B2	Tulburări de eructație
	B2a. Aerofagie
	B2b. Eructație excesivă nespecificată
B3	Tulburări de nausea (greață) și vomă
	B3a. Nausee cronică idiopatică
	B3b. Vomă funcțională
	B3c. Sindrom de vomă ciclică
B4	Sindromul de ruminație la adulți
C Tulburări funcționale intestinale	
C1	Sindromul intestinului iritabil
C2	Meteorism funcțional
C3	Constipație funcțională
C4	Diaree funcțională
C5	Tulburări funcționale intestinale nespecificate
D Sindromul durerii abdominale funcționale	
E Tulburări funcționale ale vezicii biliare și sfincterului Oddi (SO)	
E1	Tulburări funcționale ale vezicii biliare
E2	Tulburări funcționale ale SO de tip biliar
E3	Tulburări funcționale ale SO de tip pancreatic
F Tulburări funcționale anorectale	
F1	Incontinentă fecală funcțională
F2	Durere anorectală funcțională
	F2a. Proctalgia cronică
	F2a1. Levator ani sindrom
	F2a2. Durere anorectală funcțională nespecifică
	F2b. Proctalgia fugax
F3	Tulburări de defecație funcționale
	F3a. Defecație dissinergică
	F3b. Propulsie defecatoare inadecvată
G TF în vârsta neonatală și fragedă	
G1	Regurgitare infantilă
G2	Sindrom de ruminație infantilă
G3	Sindrom de vomă ciclică
G4	Colică infantilă
G5	Diaree funcțională
G6	Dischezie infantilă
G7	Constipație funcțională
H TF la copii și adolescenți	
H1	Vomă și aerofagia
	H1a. Sindrom de ruminație la adolescent
	H1b. Sindrom de vomă ciclică
	H1c. Aerofagie
H2	TF GI abdominale dureroase
	H2a. Dispepsia funcțională
	H2b. Sindromul intestinului iritabil
	H2c. Migrena abdominală
	H2d. Durerea abdominală funcțională a copilului
	H2d1. Sindrom de durere funcțională abdominală a copilului
H3	Constipația și incontinența
	H3a. Constipație funcțională
	H3b. Incontinentă fecală nonretintivă

Criteriile diagnostice pentru cele mai importante TFGI ale adulților (disfagia funcțională, globus, dispepsia funcțională, tulburările funcționale ale căilor biliare și sfincterului Oddi, sindromul intestinului iritabil) preconizăm a le publica în edițiile următoare. În tabelele 2-6 se prezintă criteriile diagnostice Roma III pentru tulburările funcționale gastrointestinale mai puțin frecvente (tulburările de eructație: aerofagia și eructația excesivă nespecifică; tulburările de

Tabel 2

Criteriile diagnostice Roma III pentru aerofagie (B2a)

Prezența obligatorie a următoarelor simptome, valabile pentru ultimele 3 luni, dar cu debut cel puțin 6 luni anterior:
<ul style="list-style-type: none"> Erucții deranjante repetitive cel puțin câteva ori pe săptămână Înghițirea aerului, care este obiectiv observată sau apreciată de cei din jur

Tabel 3

Criteriile diagnostice Roma III pentru eructație excesivă nespecifică (B2b)

Prezența obligatorie a următoarelor simptome, valabile pentru ultimele 3 luni, dar cu debut cel puțin 6 luni anterior:
<ul style="list-style-type: none"> Erucții deranjante repetitive cel puțin câteva ori pe săptămână Lipsa evidenței că înghițirea excesivă a aerului condiționează simptomele

Tabel 4.

Criteriile diagnostice Roma III pentru nauseea cronică idiopatică (B3a)

Prezența obligatorie a următoarelor simptome, valabile pentru ultimele 3 luni, dar cu debut cel puțin 6 luni anterior:
<ul style="list-style-type: none"> Nausee (grețuri) deranjantă, cel puțin câteva ori pe săptămână în ultimele 3 luni De obicei neasociată cu voma Absența modificărilor la endoscopia superioară sau a bolilor metabolice, care ar putea să explice nauseea
<i>Separată din DF (analiza factorială)</i>

Tabel 5

Criteriile diagnostice Roma III pentru voma funcțională (B3b)

Prezența obligatorie a următoarelor simptome, valabile pentru ultimele 3 luni, dar cu debut cel puțin 6 luni anterior:
<ul style="list-style-type: none"> În mediu 1 sau mai multe episoade de vomă pe săptămână Absența criteriilor pentru tulburările de alimentație, ruminație sau pentru maladii psihiatrice majore conform criteriilor DSM IV Voma nu este autoindusă Pacientul nu este utilizator cronic de cannabis Lipsa afecțiunilor SNC sau metabolice, care ar putea să explice voma recurentă
Criterii suportive:
<i>Istoric de migrenă sau istoric familial de migrenă</i>

Tabel 6.

Criteriile diagnostice Roma III pentru sindromul de vomă ciclică (B3c)

Prezența obligatorie a următoarelor simptome, valabile pentru ultimele 3 luni, dar cu debut cel puțin 6 luni anterior:
<ul style="list-style-type: none"> Episoade stereotipice de vomă a cute și de durată (mai puțin de 1 săptămână) 3 sau mai multe episoade consecutive pe parcursul ultimului an Lipsa nauseei (grețurilor) și vomei între episoade
Criterii suportive:
<i>Istoric de migrenă sau istoric familial de migrenă</i>

nauseea și vomă: nauseea cronică idiopatică, voma funcțională, sindromul de vomă ciclică).

În cadrul întrunirii consacrate criteriilor Roma III s-a discutat și **aplicabilitatea lor pentru practica clinică**. La acest capitol au fost abordate problemele și întrebările cu care se confruntă clinicienii, specificul de selectare a tratamentului pentru pacienții lor. Pentru facilitarea diagnosticului au fost elaborate **chestionare speciale**, având și destinația de monitorizare a simptomelor pacienților. Chestionarele au fost

validitate în mai multe etape, conțin criterii de includere și de excludere, au sensibilitate și specificitate înaltă [5, 6].

Recomandările de tratament pentru TFGI au fost determinate în baza analizei trialurilor placebo-controlate, dublu-oarbe, randomizate. S-au evaluat studiile cu design clar definit, existând criterii de includere și de excludere (ex. sexul, severitatea simptomelor, comorbiditățile, medicația concurentă). Printre problemele nerezolvate pot fi numite: durata (4 vs 12 săptămâni) și frecvența tratamentului (administrare zilnică sau on-demand), precum și dificultatea de separare a efectelor intervențiilor suplimentare (psihoterapiei, hipnoterapiei, sfincterotomiei ca efecte predictive sau suplimentare) [5, 6].

În vederea optimizării tratamentului și alegerea tacticii optime s-a propus divizarea pacienților cu TFGI în 3 categorii în funcție de expresivitatea simptomelor (minimă, moderată, severă).

Pacienții cu **simptome puțin exprimate** apelează, de obicei, la medicii din rețeaua primară, simptomele nu le afectează mult funcționarea lor socială și starea psihoemoțională. Sunt capabili să-și mențină activitățile obișnuite.

Acest grup de pacienți sunt îngrijorați de starea lor, însă nu necesită multe vizite la medic. Sub aspect de tratament, prima condiție este atitudinea empatică a medicului față de pacient, informarea despre boală și despre natura simptomelor, despre tipurile de medicație și efectele lor adverse, recomandări de alimentație.

Pacienții cu **simptome moderate** apelează atât la medicii de familie, cât și la specialiștii gastroenterologi, au experiență intermitentă de întrerupere a activităților obișnuite din cauza simptomelor, pot identifica relații strânse între simptome și evenimente incitante (stres, călătorii, erori de alimentație, surmenaj).

În aceste cazuri se propune monitorizarea simptomelor și severității lor, pentru a identifica factorii incitanți și a oferi pacientului simțul controlului asupra tulburării sale. Farmacoterapia este orientată asupra simptomelor specifice, în special asupra celor ce afectează activitățile obișnuite. Reducerea anxietății poate fi favorizată de tratamente psihologice (tehnici de relaxare, hipnoterapie, terapie cognitiv-comportamentală precum și combinații ale lor).

Către grupul de **simptome severe** se adresează pacienții care manifestă dificultăți la efectuarea activităților zilnice, consideră boala sa ca dezabilitantă și extenuantă pentru aproape toate aspectele, se caracterizează printr-o frecvență înaltă a asocierilor de dificultăți psihologice, fac vizite repetate la medicul său și pot spera la o însănătoșire „magică”.

Pentru acești pacienți este necesară o conlucrare strânsă (compliance) și de durată dintre medic și pacient, cu oferirea seturilor realiste de opțiuni terapeutice (mai mult orientate spre majorarea calității vieții decât spre eliminarea durerii). Focusul atenției acestor bolnavi trebuie redirecționat de la tratamentul bolii spre succesul în înfruntarea tulburării cronice, când cea mai mare parte a responsabilității este plasată pe însăși pacientul. În plus, medicația antidepressivă s-a demonstrat ca utilă în controlul asupra durerii și ameliorarea simptomelor depresive asociate.

Concluzie

Procesul de la Roma a fost dedicat promovării educației, legitimării și validizării numeroaselor tulburări funcționale gastrointestinale, ce afectează populația adultă și pediatrică.

Comitetul Roma III recent a promovat reviuiri asupra științelor fundamentale, mecanismelor fiziologice, psihosociale, epidemiologice, diagnostice și aspectelor de tratament ale acestor tulburări. Noul sistem de clasificare Rome III a TFGI a fost stabilit cu includerea criteriilor bazate pe simptome. Numeroase cercetări încă continuă și scopurile Fundației de la Roma rămân preocupările în viitor asupra dezvoltării proceselor de descurcare a complexității TFGI.

Bibliografie

1. DELGADO-AROS S, CAMILLERI M. Visceral hypersensitivity 2. *J Clin Gastroenterol*, 2005; 123: 2108-2131
2. DROSSMAN DA, CORAZZIARI E, TALLEY NJ et al., eds. ROME II. The Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology and Treatment: A Multinational Consensus. 2nd ed. McLean, Va: Degnon Associates; 2000.
3. DROSSMAN DA, moderator. AGA Clinical Symposium – Rome III: New Criteria for the Functional GI Disorders. Program and abstracts of Digestive Disease Week; May 20-25, 2006; Los Angeles, California [Sp461-469]
4. DROSSMAN DA, SWANTKOWSKI M. History of Functional Disorders. The UNC Center for Functional GI & Motility Disorders, 2006. <http://www.med.unc.edu/ibs>
5. DROSSMAN DA. An Overview of the Rome Process and What is New in Rome III, 2006
6. DROSSMAN DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*; 2006; 130: 1377-1390
7. GONSALKORAȘE WM, PERREY C, PRAVICA V et al. Interleukin 10 genotypes in irritable bowel syndrome: evidence for an inflammatory component? *Gut*, 2003; 52: 91-93
8. HOLTMANN G, SIFFERT W, HAAG S, MUELLER N et al. G-protein beta3 subunit 825 CC genotype is associated with unexplained (functional) dyspepsia. *Gastroenterology*, 2004; 126: 971-979
9. KIM HJ, CAMILLERI M, CARLSON PJ et al. Association of distinct alpha(2) adrenoreceptor and serotonin transporter polymorphism with constipation and somatic symptoms in functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 2004; 53: 829-837
10. LIN CHANG. From Rome to Los Angeles – The Rome III Criteria for the Functional GI Disorders. Digestive Disease Week; May 20-25, 2006; Los Angeles, California

Prezentat la redacție 15.03.2007