

- J Clin Gastroenterol 2006;40:145-148.
7. Heresbach D, Alexandre JL, Bretagne JF, *et al.* Crohn's disease in the over-60 age group: a population based study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2004;16:657-664.
  8. Freeman HJ. Application of the Vienna Classification for Crohn's disease to a single clinician database of 877 patients. Can J Gastroenterol 2001;15:89-93.
  9. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, *et al.* The second European

evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. J Crohns Colitis 2010;4:28-62.

10. Cosnes J, Cattan S, Blain A, *et al.* Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis 2002;8:244-250.
11. Louis E, Collard A, Oger AF, *et al.* Behaviour of Crohn's disease according to the Vienna classification: changing pattern over the course of the disease. Gut 2001;49:777-782.

## Da Classificação de Viena para a Nova Classificação de Montreal: Caracterização Fenotípica e Evolução Clínica da Doença de Crohn

From the Vienna Classification to the New Montreal Classification: Phenotype Characterization and Clinical Evolution of Crohn's Disease

Ana Rebelo, Bruno Rosa, Maria João Moreira, José Cotter

Em resposta à Carta ao Editor publicada pelo Sr. Prof. Fernando Magro:

Os autores agradecem a reflexão e os comentários efectuados por F. Magro. De uma forma clara e sucinta é feito um ponto de situação relativo à classificação da Doença de Crohn, nomeadamente as importantes modificações à Classificação de Viena<sup>1</sup> com a nova Classificação de Montreal<sup>2,3</sup>, assim como acerca da importância e da necessidade de estratificação de risco destes doentes.

O objectivo do nosso trabalho foi analisar o impacto destas modificações através da análise de uma série de doentes com Doença de Crohn provenientes da Consulta de Doença Inflamatória Intestinal do nosso Serviço Hospitalar. Apesar das limitações inerentes à dimensão da amostra e ao *follow-up* relativamente limitado (entre 6 meses a 10 anos), foi possível constatar um dos aspectos mais importante desta reclassificação, no que respeita ao fenótipo comportamental (B) - a exclusão de doença perianal (p) do grupo doença penetrante (B3). Este subgrupo de doentes (p) caracterizam-se por uma história natural divergente, com menor necessidade de cirurgia e maior uso de imunossuppressores<sup>4</sup>. Já o novo grupo B3 pela Classificação de Montreal apresentou uma percentagem significativamente mais elevada de cirurgia abdominal (75% vs 64% no subgrupo B3 pela Classificação de Viena). Em outras séries, que não a nossa, conseguiu também constatar-se diferenças relativas ao fenótipo idade de diagnóstico (A), nomeadamente na separação da idade pediátrica (A1, pela Classificação de Montreal), que

está associada a serótipos e genótipos próprios, são mais corticodependentes, têm uma maior necessidade de imunossupressão e uma maior prevalência de manifestações extra-intestinais<sup>3,5,6</sup>; e ao fenótipo localização (L), em que o atingimento do tracto digestivo superior (L4) é acrescido às restantes localizações íleo-cólicas e ao qual se associa um pior prognóstico, com benefício na introdução mais precoce de imunomoduladores<sup>7</sup>.

Assim, embora a etiopatogenia da Doença de Crohn permaneça não totalmente esclarecida, a avaliação crescente da história natural a longo prazo da doença e a tentativa de classificações fenotípicas mais precisas (para que subgrupos mais homogéneos possam ser explorados) poderão permitir desenvolver abordagens terapêuticas mais dirigidas/eficazes<sup>8,9</sup>.

Contudo, como apontado por F. Portela em Editorial do GE – Jornal Português de Gastreenterologia<sup>10</sup>, o percurso entre Viena e Montreal não permitiu ainda que se construísse mais do que uma classificação clínica, na qual não foi ainda possível integrar dados genéticos ou serológicos, de forma a que ao classificarmos um doente aquando do diagnóstico lhe possamos associar um percurso clínico provável.

### REFERÊNCIAS

1. Gasche C, Scholmerich J, Brynskov J, *et al.* A simple classification of Crohn's disease: report of the Working Party of the World Congress of Gastroenterology, Vienna 1998. Inflamm Bowel Dis 2000;6:8-15.
2. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, *et al.* Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. Can J Gastroenterol 2005;19:5-36.
3. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, *et al.* The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus and implications. Gut 2006;55:749-753.
4. Veloso FT, Ferreira JT, Barros L, *et al.* Clinical outcome of Crohn's disease: analysis according to the Vienna classification and clinical activity. Inflamm Bowel Dis 2001;7:306-313.
5. Magro F, Portela F, Lago P, *et al.* - GEDII. Crohn's Disease in a Southern European Country: Montreal Classification and Clinical Activity. Inflamm Bowel Dis 2009;15:1343-1350.

6. Jacobstein DA, Mamula P, Markowitz JE, *et al.* Predictors of immuno-modulator use as early therapy in pediatric Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 2006;40:145-148.
7. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, *et al* for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *J Crohns Colitis* 2010;4:28-62.
8. Freeman HJ. Application of the Montreal classification for Crohn's disease to a single clinician database of 1015 patients. *Can J Gastroenterol* 2007;21:363-366.
9. Lakatos PL, Czegledi Z, Szamosi T, *et al.* Perianal disease, small bowel disease, smoking, prior steroid or early azathioprine/biological therapy are predictors of disease behavior change in patients with Crohn's disease. *World J Gastroenterol* 2009;15:3504-3510.
10. Portela F. De Viena a Montreal. Mais distantes geograficamente do que na Doença de Crohn. *GE – J Port Gastrenterol* 2011;18:13-14.