

Da Classificação de Viena para a Nova Classificação de Montreal

From the Classification of Vienna to the New Classification of Montreal

Fernando Magro

Local de trabalho: Serviço de Gastrenterologia Hospital de São João e Instituto de Farmacologia e Terapêutica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; **E-mail:** fm@med.up.pt.

A estruturação das doenças em geral, e da doença de *Crohn* (DC) em particular, é fulcral ao permitir a classificação apropriada dos doentes em grupos bem definidos, possibilitando a inclusão homogênea de doentes em ensaios clínicos e estudos comparativos.

Em 1998, em Viena, um grupo internacional classificou a DC de acordo com a idade à data de diagnóstico (A), localização da doença no trato digestivo (L) e comportamento clínico (B)². Posteriormente, em 2005, esta classificação foi revista, permitindo uma classificação fenotípica mais precisa^{3,4}. O que trouxe de novo a classificação de Montreal: 1) Individualização dum grupo pediátrico (idade de 16 anos), 2) Envolvimento não restritivo do tracto digestivo superior (TDS - L4), 3) individualização da doença penetrante anal da doença penetrante abdominal e 4) definição temporal para classificação apropriada do comportamento (5 anos).

Esta estratificação revelou-se mais adequada uma vez que o grupo pediátrico caracteriza-se por serótipos e genótipos próprios⁴, são mais dependentes dos corticosteróides, necessitam de mais imunossuppressores^{5,6} e têm uma maior prevalência de manifestações extra-intestinais⁵. Em oposição, os doentes com um diagnóstico com idade superior a 40 anos são menos corticoides dependentes e consequentemente necessitam de menos imunossuppressores e terapêutica biológica⁷. Com o reconhecimento da importância da idade no diagnóstico e sabendo que a localização da DC varia minimamente no decurso da doença esta classificação criou grupos mais apropriados, com possíveis implicações prognósticas.

O grupo de trabalho da classificação de Viena classificou como L4 7% dos doentes, contudo no estudo efectuado em Portugal⁵ só 1% tinham envolvimento exclusivo do TDS, estando em concordância com o estudo de *Freeman et al*⁸ (0,8%). A implicação desta alteração é de relevo uma vez que os doentes mantêm a classificação prévia de localização ileal (L1), cólica (L2) e ileocólica (L3), com os pressupostos inerentes, e a esta é acrescida a extensão ao TDS (ex: L1 + L4). Esta nova estruturação vai de encontro com as recomendações da *European Crohn's and Colitis Organization* (ECCO)⁹ que individualiza o envolvimento do TDS como uma entidade associada a pior prognóstico, beneficiando duma intervenção terapêutica pre-

coce com imunomodulares.

O comportamento clínico da DC, ao contrário da localização, sofre flutuações temporais em que cerca de 90% dos doentes com vinte ou mais anos de evolução progridem para formas mais graves (estenoses e acontecimentos penetrantes)^{11,12}, necessitando, por conseguinte, dum tempo mínimo para classificação – 5 anos. Acresce o facto, de a doença penetrante anal (fistulas e abscessos) ter sido incluída no grupo penetrante (B3), na classificação de Viena, e existir evidência que esta doença (penetrante anal) não está necessariamente associada com doença penetrante abdominal¹¹. No estudo Português⁵ 4% dos doentes tinham atingimento anal isolado, sem nenhum evento penetrante abdominal.

Fruto desta estruturação e planificação, reconhecemos, hoje, grupos de pior prognóstico como: 1) Diagnóstico anterior a 40 anos, 2) necessidade de corticosteróides aquando do diagnóstico, 3) existência de doença anal e 4) doença estenosante com emagrecimento associado.

O artigo “Da classificação de Viena para a nova classificação de Montreal: caracterização fenotípica e evolução clínica da Doença de *Crohn*” de Ana Rebelo e colaboradores, publicado no GE¹, contem alguns dos mais relevantes aspectos da classificação de Montreal: 1) A localização da doença permaneceu estável, 2) O comportamento clínico teve oscilações temporais (3 e 5 anos), 3) A reclassificação maior foi constatada no grupo penetrante (14,8% dos doentes), 4) divergência clara entre as classificações no respeitante à cirurgia abdominal (85% em Montreal para B3 e 64% para a Classificação de Viena). Em resumo, maior valor preditivo da classificação de Montreal em relação a um *endpoint* cada vez mais valorizado – cirurgia abdominal.

REFERÊNCIAS

1. Rebelo A, Rosa B, Moreira MJ, *et al*. Da Classificação de Viena para a nova classificação de Montreal: caracterização fenotípica e evolução clínica da doença de Crohn. GE - J Port Gastrenterol 2011;18:15-21.
2. 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.
3. 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.
4. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, *et al*. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus and implications. Gut 2006;55:749-753.
5. Magro F, Portela F, Lago P, *et al*. 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 immunomodulator use as early therapy in pediatric Crohn's disease.

- 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 Viena¹ com a nova Classificação de Montreal^{2,3}, 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 os dois aspectos mais importantes 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 imunossuppressores⁴. 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, conseguimos 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^{3,5,6}; 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 imunomoduladores⁷.

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^{8,9}.

Contudo, como apontado por F. Portela em Editorial do GE – Jornal Português de Gastreenterologia¹⁰, 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.