

## 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)<sup>2</sup>. Posteriormente, em 2005, esta classificação foi revista, permitindo uma classificação fenotípica mais precisa<sup>3,4</sup>. 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 próprios<sup>4</sup>, são mais dependentes dos corticosteróides, necessitam de mais imunossuppressores<sup>5,6</sup> e têm uma maior prevalência de manifestações extra-intestinais<sup>5</sup>. 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 biológica<sup>7</sup>. 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 Portugal<sup>5</sup> só 1% tinham envolvimento exclusivo do TDS, estando em concordância com o estudo de *Freeman et al*<sup>8</sup> (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)<sup>9</sup> 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)<sup>11,12</sup>, 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 abdominal<sup>11</sup>. No estudo Português<sup>5</sup> 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 GE<sup>1</sup>, 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.
-