

De Viena a Montreal. Mais Distantes Geograficamente do que na Doença de Crohn

From Vienna to Montreal. Further Apart Geographically than in Crohn's Disease

Francisco Portela¹

A doença de Crohn constitui uma condição patológica heterogénea com manifestações clínicas, evolução e necessidades terapêuticas variáveis. Torna-se assim compreensível, que a necessidade de desenvolver uma classificação que aglutinasse os doentes em grupos o mais homogéneos possível, tenha sido facilmente constatada. As primeiras tentativas de classificação socorreram-se de uma das características fenotípicas mais óbvias – a localização², à qual Greenstein juntou alguns anos mais tarde² o comportamento, numa dicotomia penetrante *versus* não-penetrante. A estas primeiras tentativas, algo simplistas, seguiu-se a classificação de Roma na qual se expandiu o número de subgrupos para a localização e se acrescentou a extensão e a história cirúrgica⁴. Um dos problemas imediatamente apontados foi o facto de, em teoria, ser possível constituir 756 subgrupos diferentes. Este facto associado a uma reprodutibilidade limitada⁵ levou a que, por altura do Congresso Mundial de Viena, fosse constituído um grupo de trabalho com o objectivo de desenvolver uma nova classificação que fosse simples e baseada em variáveis clínicas objectivas e reprodutíveis. Esta classificação, denominada Classificação de Viena, incluiu 3 variáveis, idade de diagnóstico, localização e comportamento da doença, com respectivamente 2, 4 e 3 possibilidades, originando no final 24 possíveis subgrupos.

Após a sua divulgação foi testada em várias séries de pacientes com doença de Crohn, constatando-se, também para esta classificação, algumas deficiências nomeadamente na avaliação do comportamento da doença. Cosnes *et al*⁶ mostraram que a maioria dos doentes inicia a doença exibindo um comportamento inflamatório para posteriormente vir a desenvolver uma complicação (estenose ou fístula) limitando a validade da classificação a um determinado ponto no fluxo temporal.

As limitações encontradas, associadas à acumulação de resultados no campo da genética e do estudo serológico, leva-

ram a que fosse organizado um novo grupo de trabalho com o intuito de examinar a possibilidade de desenvolver uma classificação que integrasse aspectos clínicos, serológicos e genéticos. Este grupo desenvolveu o seu trabalho durante cerca de 2 anos e os resultados foram apresentados durante o Congresso Mundial de Montreal, em 2005. Se bem que o propósito inicial de uma classificação integrada não tivesse sido alcançado, por se ter considerado que tal não era ainda justificável, foi apresentada uma revisão da Classificação de Viena, a qual ficou desta vez com o nome associado à cidade canadiana onde decorreu o evento.

Neste número do GE, Rebelo *et al*¹ analisam o impacto das alterações efectuadas através da análise de uma série de pacientes com doença de Crohn provenientes de um único centro.

Tal como os autores referem na introdução ao seu artigo, uma das modificações mais importantes encontradas na Classificação de Montreal foi a alteração no agrupamento segundo o comportamento da doença. A exclusão da doença perianal dos critérios de doença penetrante, permitiu retirar um grupo de doentes que se caracterizavam por uma história natural divergente, com menor necessidade de cirurgia e maior uso de imunossuppressores⁷. Essa exclusão retirou um factor de heterogeneidade que potencialmente poderia diminuir o valor prognóstico da classificação.

O segundo aspecto no qual a classificação de Montreal é inovadora é a inclusão na variante idade de um grupo pediátrico, através da separação dos doentes nos quais o diagnóstico foi efectuado com 16 ou menos anos de idade. Esta modificação teve como base o facto de estes pacientes apresentarem características fenotípicas mas também genéticas e serológicas próprias⁸⁻¹⁰.

No seu artigo os autores não conseguiram demonstrar a evolução dos fenótipos na variável comportamento, o que poderá ficar-se a dever à dimensão reduzida da sua série ou ao *follow-up* limitado. Esta evolução nomeadamente o aumento

Local de trabalho: Serviço de Gastrenterologia, Hospitais da Universidade de Coimbra - Portugal; **E-mail:** fasportela@gmail.com.

da percentagem de doentes com comportamento (B2) estenosante e (B3) penetrante encontra-se, como se referiu anteriormente, amplamente demonstrada na literatura^{6,11}. Ainda assim foi-lhes possível observar que a reclassificação tornou os grupos mais homogéneos em relação à necessidade de cirurgia abdominal a qual passou de 64% para 85%. Este aspecto parece pois ir de encontro à realidade clínica e traduzir um avanço na classificação dos pacientes.

No entanto as modificações da classificação de Montreal (definição de doença penetrante, grupo pediátrico na idade e possibilidade de, na localização, a doença no tubo digestivo superior coexistir com doença mais distal) parecem ainda insuficientes, não constituindo mais do que um aperfeiçoamento da anterior. Para além disso a nova classificação volta a aumentar o número de subgrupos possível, desta vez para 126, o que faz com que, mesmo em grandes séries¹², alguns fiquem representados por apenas escassos casos.

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, susceptíveis de ao classificarmos um doente aquando do diagnóstico lhe podermos associar um percurso clínico provável.

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. Farmer RG, Hawk WA, Turnbull RB Jr. Clinical patterns in Crohn's disease: a statistical study of 615 cases. *Gastroenterology* 1975;68:627-635.
3. Greenstein AJ, Lachman P, Sachar DB, *et al.* Perforating and non-perforating indications for repeated operations in Crohn's disease: evidence for two clinical forms. *Gut* 1988;29:588-592.
4. Sachar DB, Andrews HA, Farmer RG, *et al.* Proposed Classification of Patient Subgroups in Crohn's Disease. *Gastroenterol Int* 1992;5:141-154.
5. Steinhart AH, Girgrah N, McLeod RS. Reliability of a Crohn's disease clinical classification scheme based on disease behavior. *Inflamm Bowel Dis* 1998;4:228-234.
6. 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.
7. 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.
8. Brant SR, Panhuysen CI, Bailey-Wilson JE, *et al.* Linkage heterogeneity for the IBD1 locus in Crohn's disease pedigrees by disease onset and severity. *Gastroenterology* 2000;119:1483-1490.
9. Russell RK, Drummond HE, Nimmo EE, *et al.* Genotype-phenotype analysis in childhood-onset Crohn's disease: NOD2/CARD15 variants consistently predict phenotypic characteristics of severe disease. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:955-964.
10. Vasiliauskas EA, Kam LY, Karp LC, *et al.* Marker antibody expression stratifies Crohn's disease into immunologically homogeneous subgroups with distinct clinical characteristics. *Gut* 2000;47:487-496.
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.
12. 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.