

# Informações Relevantes em Laudos de Patologia

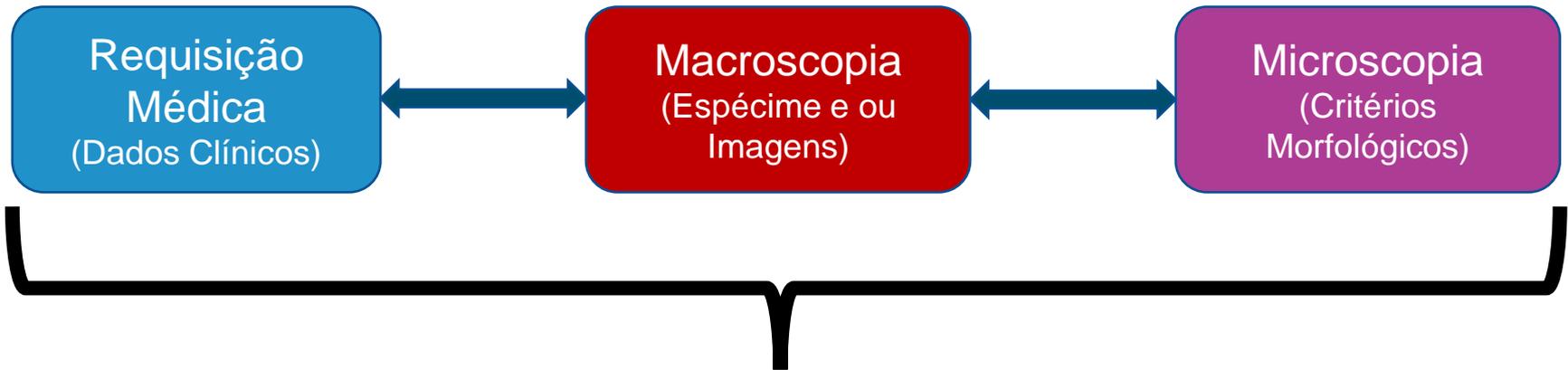
Beatriz Hornburg

Médica Patologista

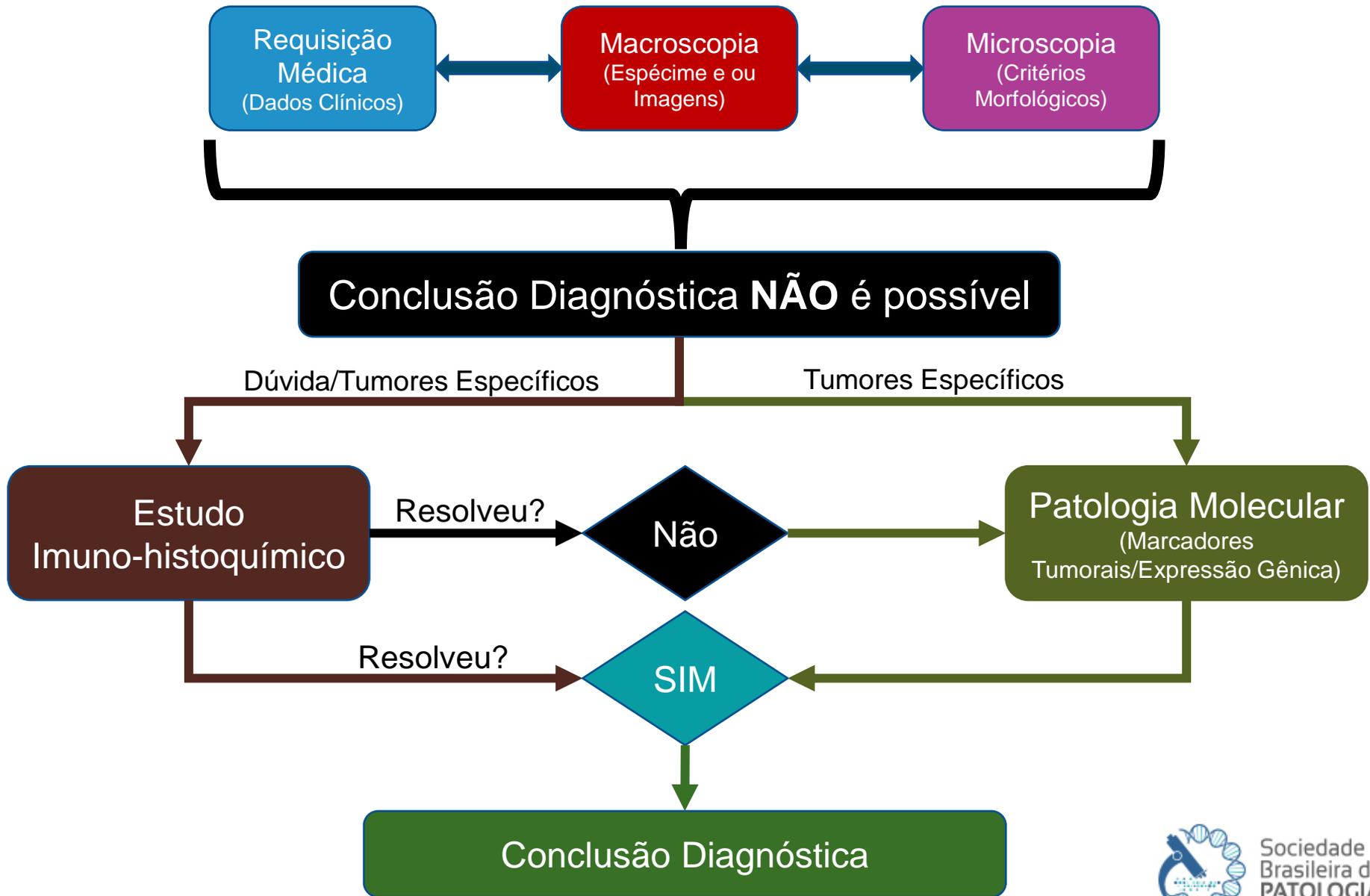
Sociedade Brasileira de Patologia – SBP

Grupo de Trabalho do Projeto OncoRede – ANS

Laudos anatopatológicos ou citopatológicos são relatórios que resultam da **correlação dos dados clínicos**, fornecidos na requisição ou solicitação médica, com a **análise macroscópica** do espécime recebido, por vezes provida de estudos de imagem, e **análise microscópica** levando a uma **conclusão diagnóstica**.



## Conclusão Diagnóstica



## Dados Clínicos

- Responsabilidade de quem coleta
- Inclui designações de sítio(s) anatômico(s)
- Dados laboratoriais relevantes (ex: alfa-fetoproteína em tumores hepáticos e gonadais, etc)
- Estudos de imagem, principalmente em neoplasias ósseas e sistema nervoso

## Laudo anatomopatológico de neoplasia

- Correlação entre dados clínicos, macroscopia e microscopia
- Deve conter pelo menos descrição da macroscopia e conclusão diagnóstica
- Descrição da microscopia – opcional – não existe conclusão diagnóstica sem análise microscópica e os dados relevantes são listados em observações finais de forma sinóptica

## Exemplo de Laudo Anatomopatológico Simples

Nr Exame	Data de Cadastro	Nome do Paciente		
P1644635	04/10/2016			
Categoria	Data de Nascimento	Idade	Sexo	
	27/10/2005	11 anos e 0 meses	Mas.	
Nome da Mãe	Médico			
Procedimento Diagnóstico	Origem			
PATOLOGIA CIRÚRGICA				
Classificação	Destino			
BIÓPSIA, SOE				

### CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

#### ▼ **LINFONODO MEDIASTINAL**

##### ► **LINFOMA NÃO HODGKIN DE ALTO GRAU**

NOTA: Os aspectos morfológicos podem corresponder a Linfoma de Burkitt e Linfoma linfoblástico. Estudo imuno-histoquímico está indicado para classificação.

Exame submetido a consenso intradepartamental

#### **MACROSCOPIA**

Recebido frasco identificado com o nome do paciente contendo sete fragmentos filiformes de biópsia medindo o maior 1,0 cm. Todo material é enviado ao processamento histológico.

Microscopia  
é opcional



#### **MICROSCOPIA**

Cortes histológicos revelam proliferação de tecido linfoide composta por células pequenas a médias. Seus núcleos são redondos, não clivados com mínimo pleomorfismo e nucléolos inconspícuos. O padrão de crescimento neoplásico é difuso, observando-se de permeio células histiocitárias de citoplasma amplo e claro com restos nucleares intracitoplasmáticos, o que confere aspecto característico em "céu estrelado". Há intensa atividade mitótica e frequentes células apoptóticas.

Histórico  
é opcional



#### **EXAMES REALIZADOS NESTA INSTITUIÇÃO (Últimos 5 anos)**

##### ▼ **Líquido pleural**

##### ► **MATERIAL CITOLÓGICO PLEURAL**

06/10/2016

C1664458

POSITIVO PARA CÉLULAS NEOPLÁSICAS



## Exemplo de Laudo Citopatológico

Nr Exame	Data de Cadastro	Nome do Paciente		
C1664458	06/10/2016			
Categoria	Data de Nascimento	Idade	Sexo	
	27/10/2005	11 anos e 0 meses	Mas.	
Nome da Mãe	Médico			
Procedimento Diagnóstico	Origem			
CITOPATOLOGIA	HOSPITAL			
Classificação	Destino			
Líquido pleural	HOSPITAL			
Matrícula	Guia			
1427176	0			

### CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

#### ▼ MATERIAL CITOLÓGICO PLEURAL

##### ► POSITIVO PARA CÉLULAS NEOPLÁSICAS

ATENÇÃO: Este laudo deve ser interpretado em conjunto com o exame P1645079

Informar se houver  
correlação com exame anterior  
ou concomitante de mesmo sítio

Exame submetido a consenso intradepartamental

### MACROSCOPIA

Recebido frasco previamente rotulado e designado como contendo líquido pleural. Contém aproximadamente 10 ml de líquido turvo, alaranjado e com material de aspecto mucóide em suspensão. Foram confeccionadas quatro lâminas por citocentrifugação, das quais duas foram coradas pelo método de Papanicolaou, uma pelo método de PAS c/ diastase e uma pelo método de Ziehl-Neelsen. Parte do material foi enviado para processamento em parafina.

### MICROSCOPIA

Preparados citológicos de citocentrifugado de líquido pleural revelam proliferação linfóide constituída por células linfocitoides atípicas, permeadas por macrófagos fagocitando restos celulares e aglomerados de células mesoteliais com alterações nucleares e citoplasmáticas de natureza reativa. Presentes ocasionais neutrófilos.

### EXAMES REALIZADOS NESTA INSTITUIÇÃO (Últimos 5 anos)

#### ▼ BIÓPSIA, SOE

##### ► LINFONODO MEDIASTINAL

04/10/2016 P1644635

LINFOMA NÃO HODGKIN DE ALTO GRAU

## Exemplo de Laudo Anatomopatológico por Imuno-histoquímica

Nr Exame	Data de Cadastro	Nome do Paciente		
P1646256	14/10/2016			
Categoria	Data de Nascimento	Idade	Sexo	
	27/10/2005	11 anos e 0 meses	Mas.	
Nome da Mãe	Médico			
Procedimento Diagnóstico	Origem			
PATOLOGIA CIRÚRGICA				
Classificação	Destino			
IMUNO-HISTOQUÍMICA				

### CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

#### ▼ LINFONODO MEDIASTINAL

##### ► LINFOMA DE BURKITT

NOTA: Quadro histológico e perfil imuno-histoquímico compatíveis com LINFOMA DE BURKITT.

Informar se houver  
correlação morfologia e reações  
de imuno-histoquímica

Exame submetido a consenso intradepartamental

### MACROSCOPIA

Bloco de parafina identificado pelo número P1644635, contendo fragmentos de tecido. Todo o material foi submetido ao exame imuno-histoquímico.

### MICROSCOPIA

Realizado método de reação imuno-histoquímica, em material incluído em parafina, utilizando recuperação antigênica baseada em calor com banho-maria imuno-histoquímico (heat-induced epitope retrieval - HIER), bloqueio de reações inespecíficas, sistema de detecção ultrasensível e diaminobenzidina como cromógeno. Controles externos positivos e negativos atestam a qualidade das reações. Foram utilizados os seguintes anticorpos primários com respectivo resultado:

- Bcl-2, clone 124: NEGATIVO;
- Bcl-6, clone G1191E/A8: NEGATIVO;
- CD10, clone 56C6: POSITIVO;
- CD20 (pan B), clone L26: POSITIVO;
- CD3 (pan T), clone MRQ-39: POSITIVO, em linfócitos T;
- CD5, clone 4C7: NEGATIVO;
- Ciclina D1, clone EP12: NEGATIVO;
- Ki-67, clone MIB-1: POSITIVO, em 95% das células;
- TdT, clone EP266: NEGATIVO.

### EXAMES REALIZADOS NESTA INSTITUIÇÃO (Últimos 5 anos)

#### ▼ BIÓPSIA, SOE

##### ► LINFONODO MEDIASTINAL

04/10/2016 P1644635

LINFOMA NÃO HODGKIN DE ALTO GRAU



## Diretriz de Laudo Anatomopatológico Sinóptico ou Completo de Mama - SBP

### Laudo completo de neoplasia maligna de mama

#### 1- Identificação, informações radiológicas e resumo clínico

#### 2- Macroscopia - são diferentes tipos de procedimentos com diferentes manejos macroscópicos.

#### 3- Microscopia

##### 1 -Tipo Histológico - Classificação WHO - OMS 2012

[M8500/2] Carcinoma intraductal de baixo grau de grau intermediário de alto grau, (grau nuclear pelo critério de B&R), padrão arquitetural: sólido cribriforme papilar micropapilar

Presença de necrose focal extensa central tipo comedo com calcificações [M8520/2 ] Carcinoma lobular “ in situ”

O índice prognóstico de Van Nuys – Silverstein / Lagio tem escore:

[M8500/3] Carcinoma invasivo do tipo não especial

Ausência de necrose

[M8500/3] Carcinoma ductal invasivo com predomínio do componente intaductal.

O componente intraductal é de baixo grau grau intermediário alto grau, (grau nuclear pelo critério de B&R), tem padrão arquitetural sólido cribriforme papilar micropapilar

Presença de necrose focal extensa central tipo comedo com calcificações

[M8520/3 ]Carcinoma lobular invasivo, variante clássica túbulo – lobular sólida alveolar pleomórfica

[M8022/3] Carcinoma pleomórfico

[ M8503/3] Carcinoma papilar

[M8481/3] Carcinoma mucinoso

[M8500/3] Carcinoma tubular

**Gradação histológica** - Sistema de Nottingham (modificação de Elston e Ellis do Sistema de Scarff, Bloom &

Richardson) - baixo grau/grau 1 ( bem diferenciado) grau intermediário/ grau 2 ( moderadamente diferenciado) alto grau/grau 3 ( pouco diferenciado) com os seguintes escores:

formação tubular-.....; grau nuclear-.....; e índice mitótico-..... .

#### **Dimensões**

O tumor mede.....cm no maior diâmetro.

O tumor mede.....cm no maior diâmetro, sendo .....cm de componente invasivo e .....cm do componente” in situ” O tumor mede.....cm no maior diâmetro, sendo .....% de componente invasivo e .....% do componente” in situ” Pele da mama, vasos sangüíneos ou linfáticos, espaços peri-neural ou neural : não infiltrados Infiltração detectada em pele da mama, vasos sangüíneos, vasos linfáticos, espaço(s) peri- neural (ais) neural Parênquima não tumoral apresenta.....

**Estudo das margens:** livres. .... comprometida(s) não se aplica

As menores distâncias entre o tumor e as margens são: superior .....cm, inferior ..... cm, medial .....cm, anterior .....cm, posterior.....cm e lateral .....cm.

#### **Status linfonodal**

Linfonodo(s) sentinela(s) axilar (es) : todos coletados e examinados estão livres de metástases..

Presença de metástases em ..... entre .....linfonodos coletados e examinados Presença de metástases em Linfonodo(s) de esvaziamento axilar (es) : todos coletados e examinados estão livres de metástases.

Presença de metástases em ..... entre .....linfonodos coletados e examinados Presença de metástases em **Classificação patológica**( AJCC-UICC 2010): pT .....pN .....pM .....

## Exemplo de Laudo Anatomopatológico Sinóptico em Biópsia de Mama

### CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

---

#### ▼ **MAMA FEMININA DIREITA**

##### ▶ **CARCINOMA MAMÁRIO INVASIVO**

Procedimento: Biópsia por agulha grossa ("core biopsy")

Lateralidade: Mama direita

Tipo histológico: Carcinoma mamário invasivo, de tipo não-especial

Diferenciação Glandular/Tubular: Escore 2 - Formação glandular/tubular em 10% a 75% da área tumoral

Pleomorfismo nuclear: Escore 1 - Núcleos pequenos, com discreto aumento do volume em comparação com a célula epitelial normal da mama, contornos regulares, cromatina uniforme, pouca variação no tamanho

Contagem mitótica (Para uma objetiva de 40x com diâmetro de campo de 0,49 mm, com área de 0,189 mm<sup>2</sup>):

Escore 1 - Até 6 mitoses por 10 CGA

Escore histológico de Nottingham: Escore 4

Grau de Nottingham (Scarff-Bloom-Richardson modificado por Elston-Ellis): Grau 1 - Escores 3, 4 ou 5

Volume da lesão (em relação ao volume total das amostras): 90%

Tamanho do maior foco nas amostras: 6 mm

Carcinoma Ductal "In Situ" (CDIS): Presente (extenso nesta amostra, padrão cribriforme, baixo grau, sem necrose)

Carcinoma Lobular "In Situ" (CLIS): Não identificado

Invasão angiolinfática: Não identificada

Invasão vascular sanguínea: Não identificada

Infiltração perineural: Não identificada

NOTA: A classificação histológica é apenas aproximada, uma vez que amostras obtidas por agulha grossa são limitadas, podendo os parâmetros de classificação da lesão estarem sub ou superestimados.

Exame submetido a consenso intradepartamental

### MACROSCOPIA

---

Recebido frasco identificado com o nome da paciente \_\_\_\_\_ contendo dois fragmentos filiformes de biópsia mamária, medindo o maior 1,5 cm. Todo material é enviado ao processamento histológico.

Manual de Padronização de  
Laudos Histopatológicos  
SBP – [www.sbp.org.br](http://www.sbp.org.br)

**MANUAL DE  
PADRONIZAÇÃO  
DE LAUDOS  
HISTOPATOLÓGICOS**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA

**EDITORES**

CARLOS EDUARDO BACCHI  
CARLOS RENATO ALMEIDA MELO  
MARCELLO FABIANO DE FRANCO  
RICARDO ARTIGIANI NETO

4<sup>a</sup>  
Edição



Protocolos de Câncer do Colégio de  
Patologistas Americanos - CAP



COLLEGE of AMERICAN  
PATHOLOGISTS

[www.cap.org](http://www.cap.org)

**CANCER PROTOCOL TEMPLATES**

**Revised Cancer  
Protocols and  
Electronic Cancer  
Checklists now  
available**

The revised protocols now incorporate changes to tumor stage classification from the AJCC 8th edition Cancer Staging Manual and updated WHO classifications.



Sociedade  
Brasileira de  
**PATOLOGIA**

## Pontos Importantes:

- Comunicação aberta entre os profissionais de saúde – troca de informações rápida e eficiente sobre os pacientes e seus exames
- Dados clínicos completos são fundamentais para a correlação com os dados morfológicos observados pelo patologista no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico
- Dados morfológicos completos devem fazer parte do laudo, incluindo dados prognósticos de forma clara – laudo sinóptico
- Dados de exames por outros métodos devem ser definidos pelo médico patologista baseados em correlação com dados morfológicos e clínicos
- Todos os aspectos diagnósticos, sempre que possível, devem ser correlacionados em um único laudo ou documento para melhor visualização das informações médicas

# Busca Ativa de Pacientes com Lesão do Colo Uterino

**CASE**



Joinville - SC

Hercílio Fronza Jr.

Beatriz Hornburg

Marcio Franciski

Daniela Corrêa Lamim Cardoso



## **Busca Ativa de Pacientes com Lesão do Colo Uterino**

**Conceito** – Controle de seguimento das pacientes que no exame de Colpocitologia Oncótica ou Preventivo do Câncer do Colo Uterino apresentaram um laudo de atipia ou lesão, como parte do Sistema de Controle e Melhoria da Qualidade do serviço.

**Procedimento de "Busca Ativa"** – pacientes com laudo de atipia celular ou lesão do colo uterino que **não** apresentaram exame de seguimento cadastrado em no sistema de informações do serviço.

**Objetivo** – verificar a continuidade dos exames das pacientes com diagnósticos de atipia celular ou lesão do colo uterino, revisão de exames para verificar concordância ou não com o exame seguinte e verificar as possíveis causas de discrepância diagnóstica, quando houver.

Programa de Busca Ativa iniciado em 2002



## **CEDAP – Centro de Diagnósticos Anátomo-Patológicos**

- Laboratório Privado fundado em 1996, em Joinville-SC
- Atende a uma população de aproximadamente 600.000 habitantes do Norte Catarinense
- Realiza exames do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares
- Média atual de 12.000 mensais, dos quais 7.000 são de colpocitologia oncótica ou citopatológico do colo uterino
- Acreditado desde 2001 pelo Programa de Acreditação Laboratorial do Colégio de Patologistas Americanos 
- Acreditado com excelência desde 2004 pela ONA 
- Quadro de pessoal com 11 patologistas e 60 colaboradores



## Busca Ativa

Tipos de alterações do colo uterino que são segregadas para a Busca Ativa e respectivos prazo para envio do Formulário de Buscar Ativa em 60 dias de monitoramento do sistema de informações sem novo exame de seguimento

Diagnóstico	Dias
ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL	60
ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL	60
ADENOCARCINOMA EXTRA-UTERINO	60
ADENOCARCINOMA, SOE	60
CARCINOMA "IN SITU", SOE	60
CARCINOMA ESCAMOSO CERATINIZANTE	60
CARCINOMA ESCAMOSO NÃO CERATINIZANTE	60
CARCINOMA ESCAMOSO, IN SITU	60
CARCINOMA ESCAMOSO, SOE	60
CARCINOMA, SOE	60
LESÃO INTRAEPITELIAL GLANDULAR	60
NEOPLASIA INVASIVA	60
QUADRO CITOLÓGICO SUGESTIVO DE CARCINOMA ESCAMOSO	60
ATIPIA DE CÉLULAS GLANDULARES DE SIGNIFICADO INDETERMINADO, POSSIVELMENTE NEOPLÁSICAS	60
SUGESTIVO DE ADENOCARCINOMA	60
LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRAU, NÃO PODENDO EXCLUIR MICROINVASÃO	60



## Busca Ativa

Tipos de alterações do colo uterino que são segregadas para a Busca Ativa e respectivos prazo para envio do Formulário de Buscar Ativa em mais de 60 dias de monitoramento do sistema de informações sem novo exame de seguimento

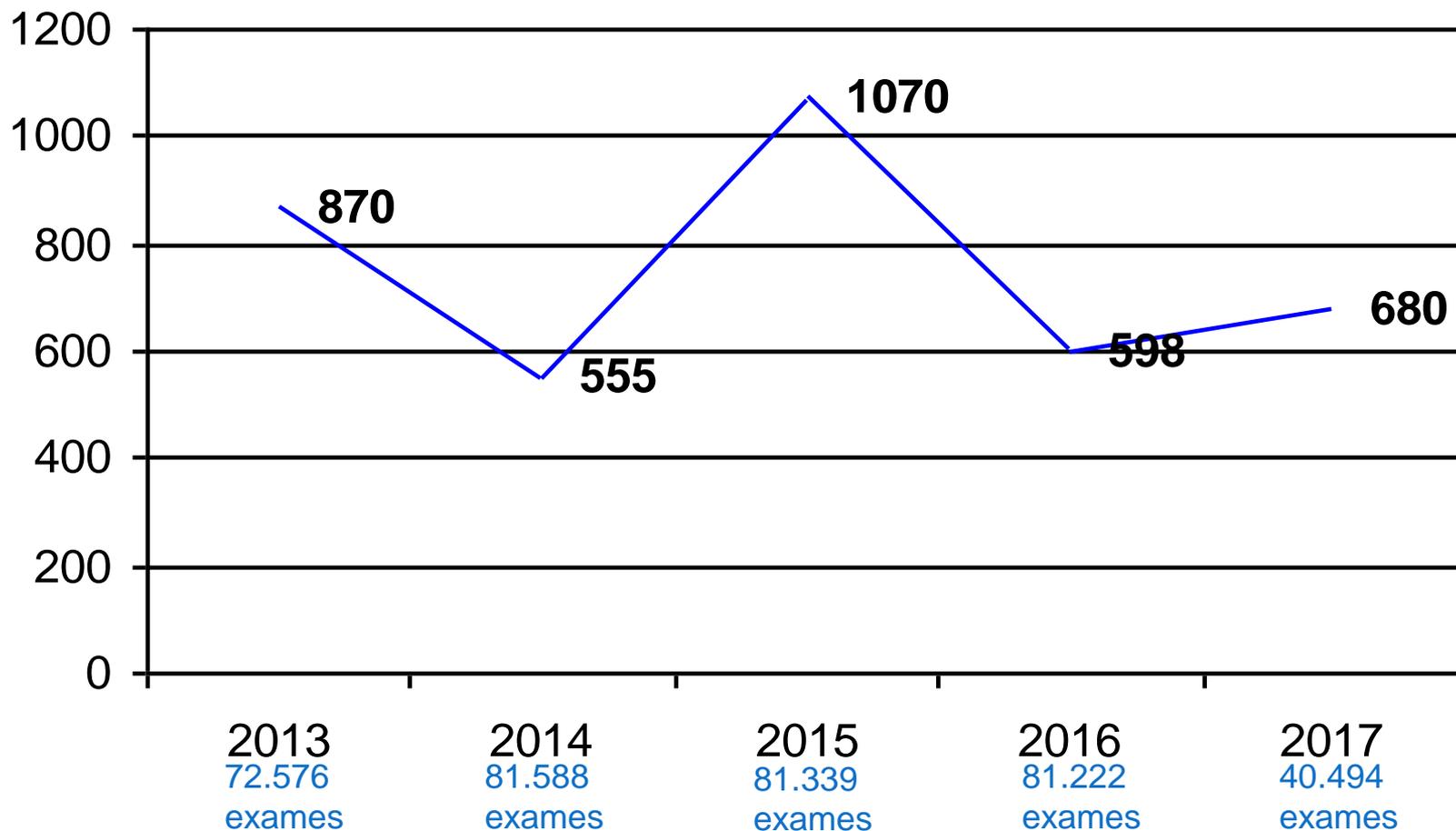
Diagnóstico	Dias
LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRAU	90
LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRAU, PADRÃO NIC II	90
LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRAU, PADRÃO NIC III	90
LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAIXO GRAU, NÃO SE PODE EXCLUIR LESÃO INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRAU ASSOCIADA	90
ATIPIA DE CÉLULAS DE ORIGEM INDETERMINADA, NÃO SE PODE AFASTAR LESÃO DE ALTO GRAU	180
ATIPIA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO NÃO PODENDO EXCLUIR LESÃO DE ALTO GRAU (ASC-H)	180
ATIPIA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO DE CÉLULAS ESCAMOSAS, NÃO É POSSÍVEL EXCLUIR LESÃO INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU	180
ATIPIA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO DE CÉLULAS DE ORIGEM INDETERMINADA, NÃO É POSSÍVEL EXCLUIR LESÃO DE ALTO GRAU	180
ATIPIA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO, REPARO ATÍPICO, NÃO SE PODE AFASTAR LESÃO DE ALTO GRAU	180
ATIPIA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO, ASSOCIADA À ATROFIA	180
ATIPIA DE CÉLULAS GLANDULARES DE SIGNIFICADO INDETERMINADO, FAVORECENDO ORIGEM ENDOMETRIAL EM PACIENTES COM MAIS DE 50 ANOS	180
ATIPIA DE CÉLULAS GLANDULARES DE SIGNIFICADO INDETERMINADO, NÃO SE PODE EXCLUIR LESÃO DE ALTO GRAU	180
HIPERPLASIA ATÍPICA DE CÉLULAS DE RESERVA, NÃO É POSSÍVEL EXCLUIR LESÃO DE ALTO GRAU	180



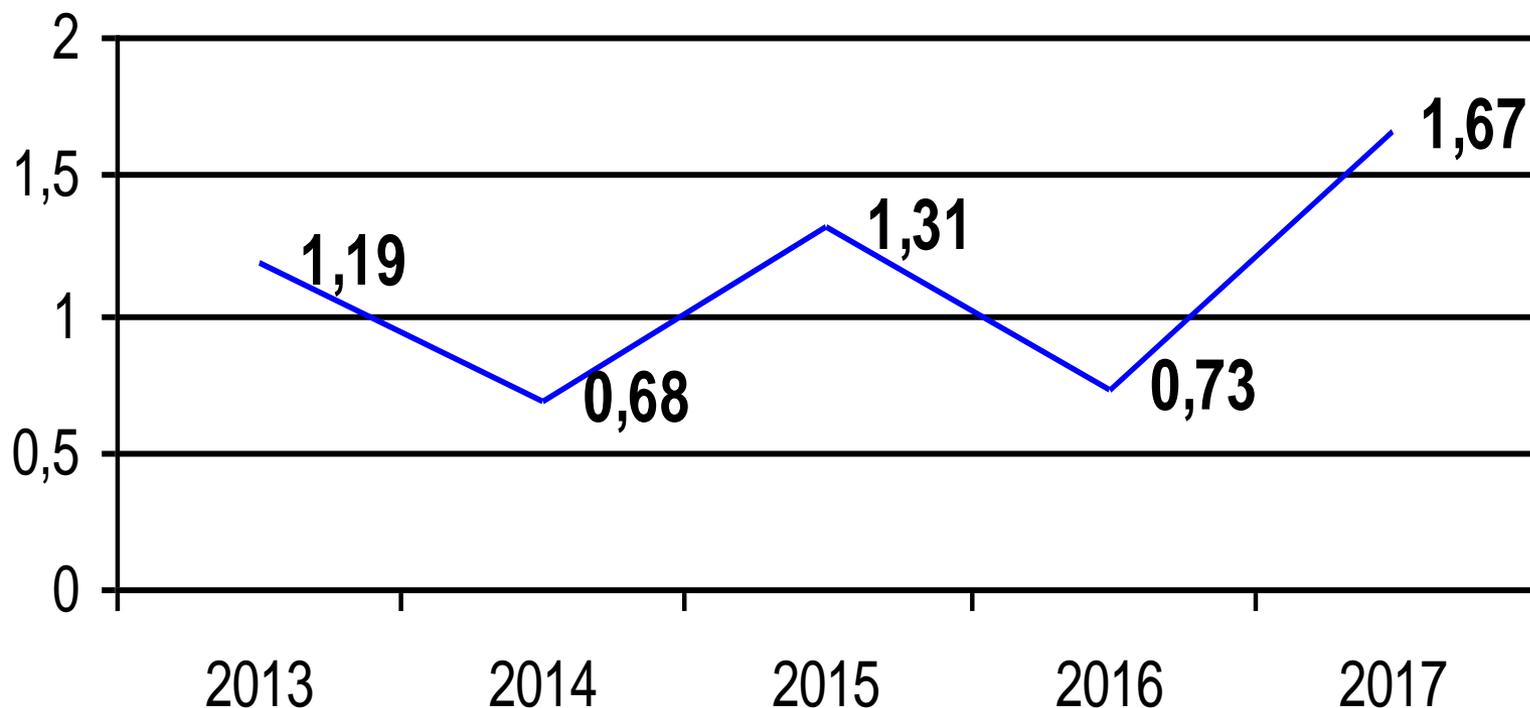


## Busca Ativa - Indicadores

Número total de casos de busca ativa por ano (\* 2017 até 30/06)



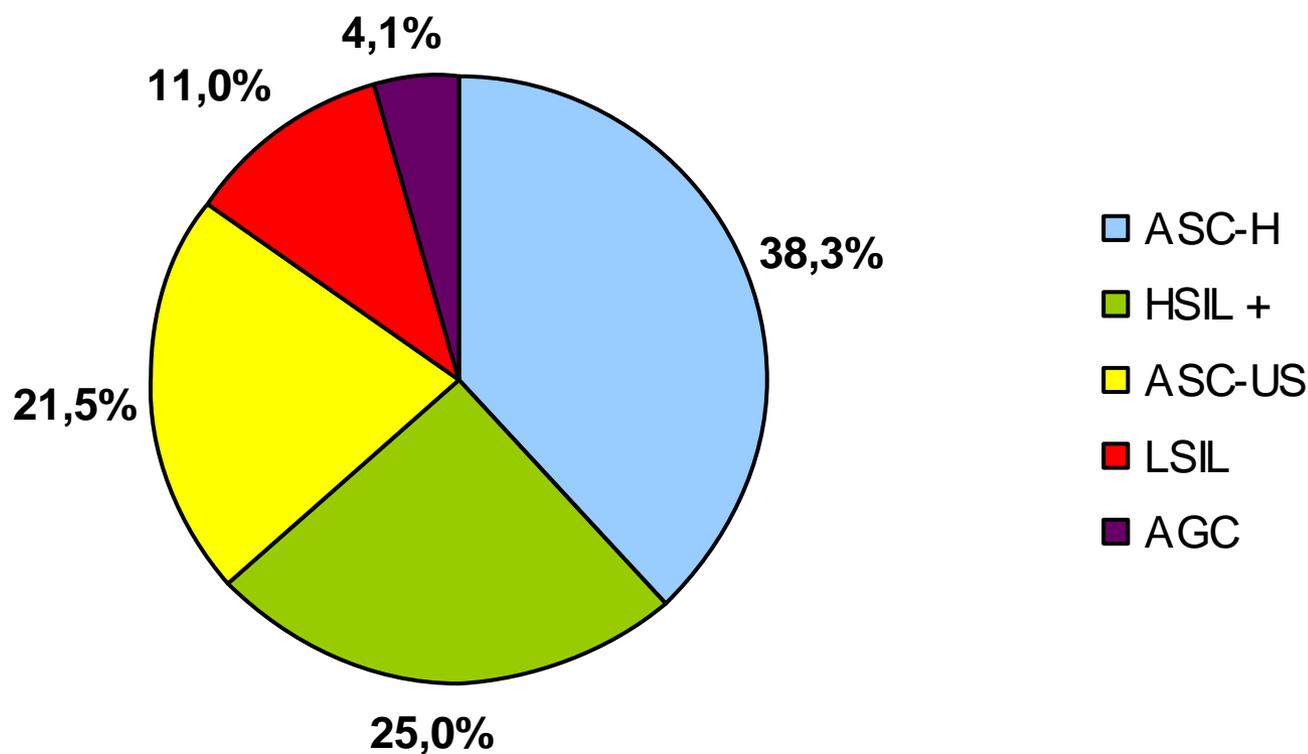
Índice de casos em Busca Ativa por Ano (\* 2017 até 30/06)





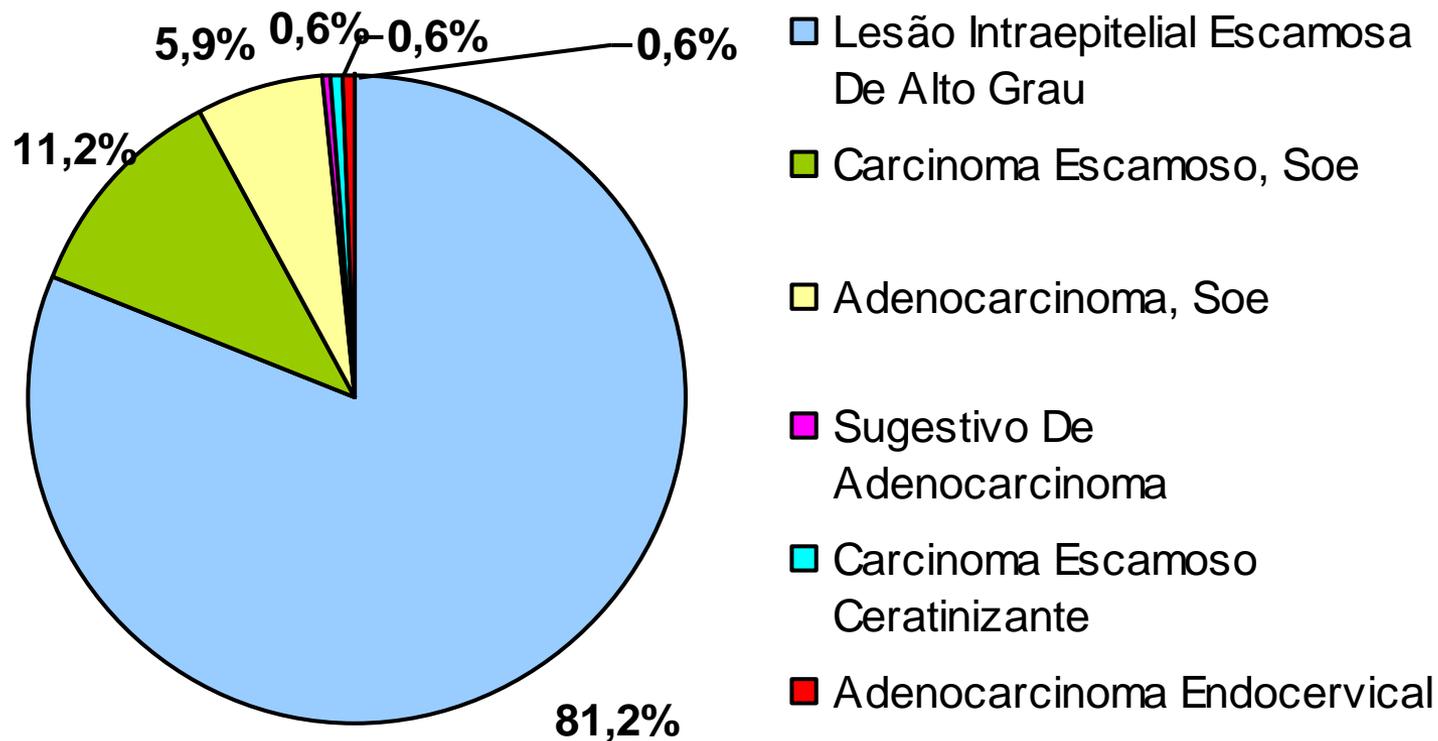
## Busca Ativa - Indicadores

### Casos de Busca Ativa por Categoria no Período (jan – jun/2017)

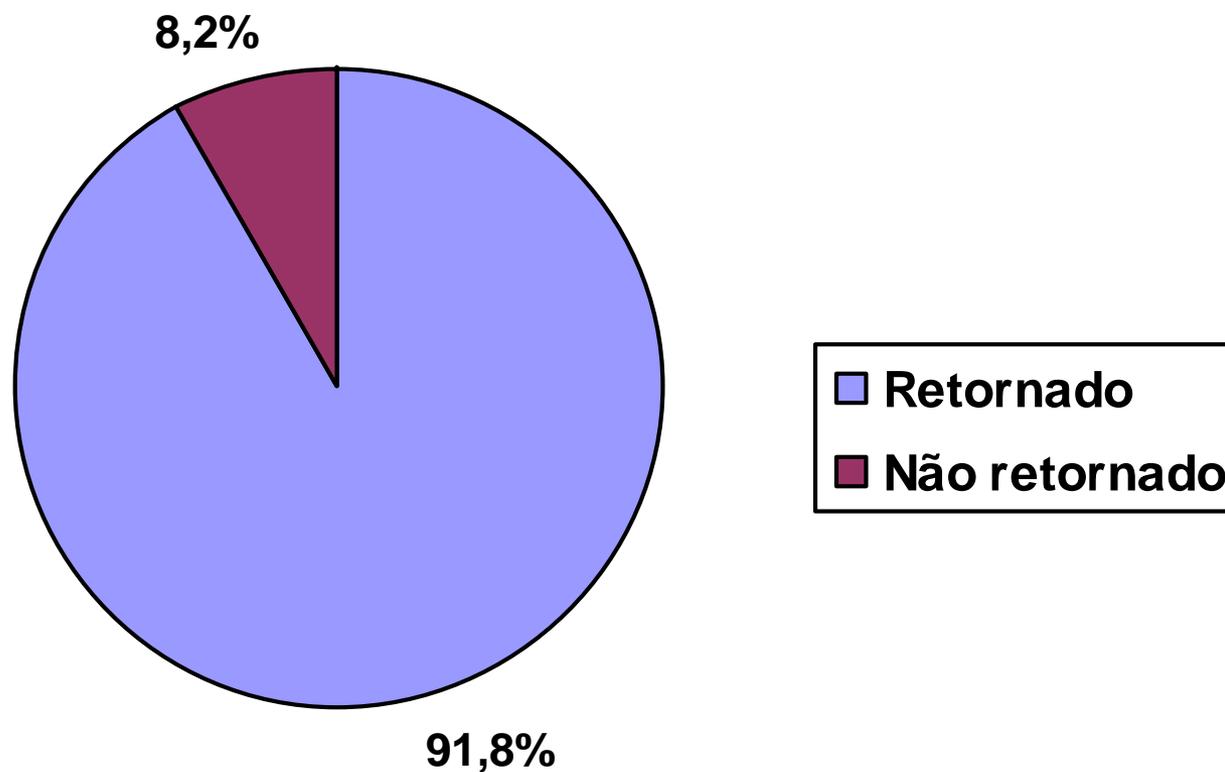


ASC-H – Atipia de significado indeterminado, possível lesão de alto grau  
ASC-US – Atipia de significado indeterminado  
HSIL – Lesão de alto grau  
LSIL – Lesão de baixo grau, não se pode excluir lesão de alto grau  
AGC – Atipia de células glandulares

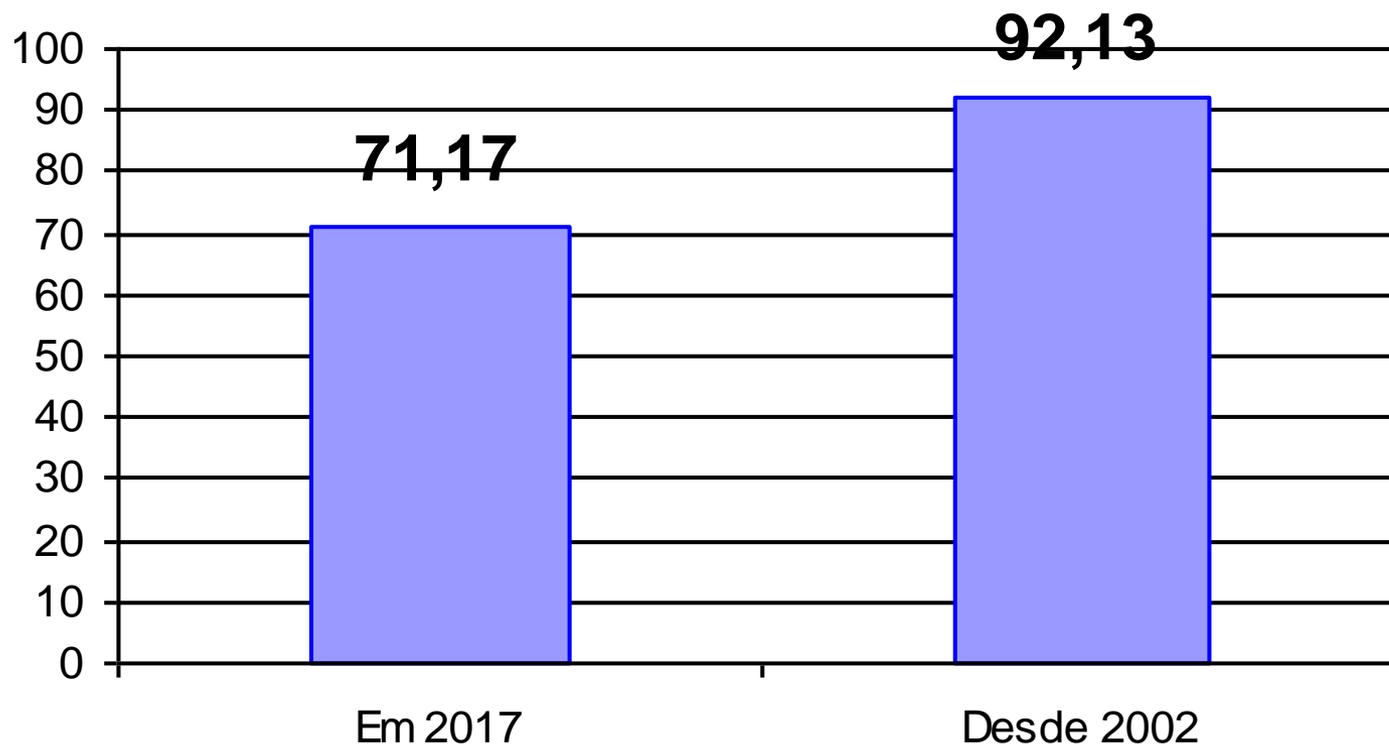
## Casos de Busca Ativa da Categoria HSIL+ por Diagnóstico no Período (jan-jun/2017)



## Busca ativa com retorno x sem retorno de formulário (2016)



## Porcentagem de casos resolvidos na busca ativa



**23% das buscas ativas são resolvidas automaticamente com o monitoramento de entrada de novos exames pelo sistema.**



## Busca Ativa - Indicadores

### Pontos Importantes

- A Busca Ativa é um programa efetivo que auxilia o médico assistente a monitorar as pacientes de risco para neoplasia ou com neoplasia
- A revisão de casos discrepantes auxilia na melhoria da qualidade do serviço
- Os serviços de saúde, principalmente aqueles ligados ao rastreamento e tratamento do câncer, podem estabelecer programas de Busca Ativa com parâmetros estabelecidos pelo INCA ou internacionalmente aceitos



Busca Ativa

Obrigado!

[www.cedap.com.br](http://www.cedap.com.br)