

ROTEIRO PARA LAUDO COLPOSCÓPICO DO COLO, VAGINA E TRATAMENTO EXCISIONAL DO COLO UTERINO

A Associação Brasileira de PTGI e Colposcopia com o intuito de uniformizar a metodologia, e a documentação dos exames, propõe um laudo padronizado, a ser adotado em todo território nacional, pelos médicos que prestam serviços na área de patologia do trato genital inferior, propiciando segurança diagnóstica ao médico solicitante, proteção ao paciente e ao médico que executa o exame.

O laudo representa a documentação de um ato médico e se constitui numa consulta inter pares. Como tal é um documento legal que serve para assessorar outro colega na interpretação e conduta, bem como para acompanhamento e seguimento das patologias do trato genital inferior. Serve também para orientar a própria paciente. Um laudo colposcópico deve ser conciso, claro e utilizar uma linguagem compreensível e de abrangência nacional e internacional.

Ele pode variar em função da atividade desenvolvida, sendo mais complexo nos serviços universitários e centros de diagnósticos onde os dados de anamnese e epidemiológicos têm maior relevância.

Um laudo deve reunir no mínimo os seguintes requisitos:

CABEÇALHO

- Dados da paciente:
 - Nome completo da(o) paciente
 - Data de nascimento
 - Número de Registro

- Dados do exame:
 - Nome da clínica e/ou do profissional responsável pelo exame
 - Data do exame
 - Data da última menstruação
 - Médico solicitante
 - Indicação do exame

Sempre que possível devemos orientar os colegas quanto ao encaminhamento para colposcopia e/ou outros exames.

RELATÓRIO

- AVALIAÇÃO DO COLO DO ÚTERO
 - Descrever a macroscopia do colo e os aspectos gerais (coloração da mucosa, aspecto do muco cervical, tipo de orifício externo, etc.).

DESCRIÇÃO DA COLPOSCOPIA – COLO DO ÚTERO

- Utilizar terminologia atualizada e recomendada (Rio 2011). Evitar termos e descrições obsoletas (p.ex. mácula rubra, colposcopia alargada, Zona iodo negativa muda e etc.). Diferente da Terminologia anterior, de Barcelona 2002, a nova Terminologia de 2011 descreve os achados colposcópicos para o colo uterino e para a vagina.
- Laudar se a colposcopia é adequada ou inadequada. Se inadequada, especificar o motivo (sangramento, inflamação, etc.). Colocar em "observações" a necessidade de tratamento e da repetição do exame. Importante se faz ressaltar que a não visualização da junção escamo-colunar não deve ser usado como critério de inadequação do exame.
- Especificar a visibilidade da junção escamocolunar: completamente visível, parcialmente visível e não visível bem como o Tipo de zona de transformação (1, 2 ou 3). ZT tipo 1 é completamente ectocervical e completamente visível, de pequena ou grande extensão. A ZT tipo 2 tem componente endocervical completamente visível e pode ter componente ectocervical de pequena ou grande extensão. A ZT tipo 3

tem componente endocervical que não é completamente visível e pode ter componente ectocervical de pequena ou grande extensão.

- No Brasil é muito comum o uso da classificação da Junção escamo-colunar proposta por F. Victor Rodrigues* (anexo 2). No caso é aceitável sua utilização como um acréscimo à Terminologia usada. Definir a localização da JEC separadamente quando for distinta no lábio anterior e posterior. Para facilitar a compreensão do laudo, de preferência, a JEC deve ser descrita em localização ectocervical (ectopia), endocervical ou justa-orifical.
- Descrever achados anormais: Os princípios gerais consistem em descrever a localização (dentro ou fora da ZT e a localização de acordo com a posição do relógio) e o tamanho da lesão (número de quadrantes do colo uterino envolvidos pela lesão; tamanho da lesão em porcentagem do colo uterino). Fazer referência às características dos epitélios após a aplicação do Ácido acético a 3 ou 5%, os achados anormais são divididos em grau 1, grau 2 e não específicos: Grau 1 (menor): epitélio acetobranco fino, de borda irregular ou geográfica; mosaico fino; pontilhado fino. Grau 2 (maior): epitélio acetobranco denso, acetobranqueamento de aparecimento rápido, orifícios glandulares espessados; mosaico grosseiro; pontilhado grosseiro; margem demarcada; sinal da margem interna. Incluir achados anormais não específicos: leucoplasia (queratose, hiperqueratose); erosão; teste de Schiller (impregnação do lugol positiva/negativa).
- Descrever a captação do Lugol (corado ou não corado) ou teste de Schiller (negativo ou positivo).

AVALIAÇÃO DA VAGINA

- Descrever a macroscopia da vagina e os achados fisiológicos quando necessários e importantes (conteúdo vaginal, ETC).

DESCRIÇÃO DA COLPOSCOPIA – VAGINA

- Utilizar terminologia atualizada e recomendada (Rio 2011). Evitar termos e descrições obsoletas (p.ex. mácula rubra, colposcopia alargada, Zona iodo negativa muda e etc.). Diferente da Terminologia anterior, de Barcelona 2002, a nova Terminologia de 2011 descreve os achados colposcópicos para o colo uterino e para a vagina.
- Descrever se a colposcopia da vagina é adequada ou inadequada. Se inadequada, especificar o motivo (sangramento, inflamação, etc.).
- Laudar se a colposcopia da vagina é adequada ou inadequada. Se inadequada, especificar o motivo (sangramento, inflamação, etc.). Colocar em "observações" a necessidade de tratamento e da repetição do exame.
- Os princípios gerais consistem em descrever os achados anormais da vagina em: Terço superior/ 2 terços inferiores e anterior/posterior/lateral (direito ou esquerdo) Os achados anormais são divididos em grau 1, grau 2, suspeita de invasão e não específicos: Grau 1 (menor): epitélio acetobranco fino; mosaico fino; pontilhado fino. Grau 2 (maior): epitélio acetobranco denso; mosaico grosseiro; pontilhado grosseiro.
- Descrever achados anormais não específicos: epitélio colunar (adenose); impregnação da lesão pela solução de lugol (teste de Schiller; iodo positivo ou negativo) e leucoplasia.
- Descrever miscelânea da vagina: Erosão (traumática), condiloma, pólipos, cisto, endometriose, inflamação, estenose vaginal, zona de transformação congênita.

PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES

- Biópsia:
- Deve ser informado ao médico solicitante, sempre que possível e antes do exame, a possibilidade de realização de biópsia.

- Na presença de alterações no exame, procurar incluir alguma frase de advertência, como p.ex.: "Sugere-se, a critério clínico, biópsia sob visualização colposcópica da área descrita", ou expressão equivalente.
- Relatar local(is) da(s) biópsia(s), número de fragmentos e técnica utilizada (eletrocirurgia, bisturi rotativo, pinça saca-bocado, etc.) e se foram enviados para análise em frascos separados ou não.
- Procurar oferecer o consentimento informado (Modelo anexo), nos casos necessários.

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO EXCISIONAL DO COLO UTERINO

A nova Terminologia de 2011 inclui a normatização para a descrição dos tipos de tratamento excisional do colo uterino. São considerados três tipos de excisão: tipo 1, tipo 2 e tipo 3, de acordo com os tipos de ZT. Quando a excisão é feita com cirurgia de alta frequência, na excisão tipo 1, a alça de tamanho 2 x 1,5 cm é apropriada. Na excisão tipo 2, em geral usa a alça de 2 x 2 cm ou maior e, na tipo 3, uma alça ainda maior é necessária.

As dimensões do espécime da excisão são descritas em:

- Comprimento: corresponde à distância da margem distal/externa à margem proximal/interna.
- Espessura: distância da margem estromal à superfície do espécime excisado.
- Circunferência (opcional): perímetro do espécime excisado.

DOCUMENTAÇÃO ICONOGRÁFICA

Recomenda-se constar sempre no laudo. O tipo de documentação (gráfico, fotografia, vídeo e etc.) é opcional e depende da disponibilidade do ambulatório, do consultório ou do serviço.

CONCLUSÃO

- Reflete a opinião do colposcopista baseado nos achados do exame realizado. Só deve ser conclusiva quando houver correlação positiva entre a colposcopia, a citopatologia e a histopatologia. Ao contrário deve ser "sugestivo de ..."
- Sugerir o grau de significância das lesões Exemplos: "Exame dentro dos padrões da normalidade". "Sugestivo de lesão de baixo grau", "Sugestivo de lesão de alto grau" ... etc., conforme indicado na Terminologia IFCPC –Rio - 2011.
- Não sugerir tratamento.

RECOMENDAÇÕES

- Pode ser sugerido o tempo de realização de novo exame (p.ex. 06 meses /1 ano, etc.). No caso de paciente menopausada e que apresente atrofia é válido recomendar o próximo exame sob efeito estrogênico. Sugerir outras recomendações pertinentes.
- Orientar para a necessidade de exame mais detalhado (sugerir vulvoscopia) na suspeita de alterações e/ou presença de sintomas clínicos e a mesma não foi solicitado.

OBSERVAÇÕES

Referir que o exame foi realizado seguindo a Terminologia da IFCPC – Rio 2011. Se possível adicioná-la ao laudo ou em impresso à parte.

DATA, ASSINATURA E CARIMBO DO EXAMINADOR

ANEXO 1

Localização da JEC segundo Victor Rodrigues

JEC 0 = exatamente no orifício externo (anatômico) do canal cervical

JEC +1 = pouco acima de JEC 0 , dentro do canal

JEC +2 = entre JEC +1 até a quarta parte da altura do canal

JEC +3 =entre JEC +2 e a metade da altura do canal

JEC +4 =na metade superior do canal cervical

JEC - 1 = pouco abaixo de JEC 0

JEC -2 =entre JEC -1 e a quarta parte da distância entre o orifício externo e o fundo de saco vaginal

JEC -3 =entre JEC -2 até a metade da distância entre o orifício externo e o fundo de saco vaginal

JEC -4 = de JEC -3 até o fundo de saco vaginal

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (exemplo)

Paciente _____

Cédula de Identidade nº _____

Órgão Exp: _____

- O Dr. (a) _____ explicou-me claramente, a proposta do procedimento cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas do procedimento. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas inteira e satisfatoriamente.
- Autorizo o Dr.(a) _____ a executar em mim ou na paciente pelo qual sou responsável o seguinte procedimento cirúrgico: _____ ou outros procedimentos que o mesmo considere necessários frente a situações imprevistas, que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Eu reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para ser alcançado e obtido o melhor resultado.
- Eu confirmo que li e compreendi perfeitamente os itens acima, e que todos os espaços em branco foram preenchidos antes da minha assinatura. Eu anulei qualquer parágrafo ou palavra com os quais não estou de acordo.

Paciente ou Responsável.

(Assinatura)

(Nome em letra de forma)

Grau do parentesco do responsável: _____ Testemunha: confirma que a assinatura é do paciente ou do responsável _____ /

(Assinatura)

(Nome

em letra de forma)

Eu Dr.(a) _____ Certifico que expliquei o procedimento cirúrgico, os benefícios e alternativas do mesmo. Respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que ela ou seu responsável tenha tudo compreendido.

Data: ____/____/____ Horário: _____ Assinatura:

CRM: _____