

# UMBRELLA Study

Formulário da patologia  
FORM 4  
Pág. 1 de 5

**Iniciais do Paciente** ( ex: João Carvalho  
Pereira = JCP)

--	--	--	--	--

**Hospital Proveniente/  
Médico Solicitante**

---

**SIOP ANO/ Study Number**

--	--	--	--	--	--	--	--

Nome do Patologista \_\_\_\_\_

Laboratório de envio e número do espécime:

Data da cirurgia

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

---

### Se tumor bilateral, por favor preencher 2 formulários

Nefrectomia Primária (1)                      Quimioterapia pré operatória (2)                     

Topografia:    Rim direito (1)              Rim esquerdo (2)                      Extra-renal (4)                     

Tipo do espécime: (enviar 2 formulários se houver material bilateral)                     

Unilateral		Nefrectomia Total	(1)	<input type="checkbox"/>
		Nefrectomia Parcial	(2)	
Bilateral	Esquerdo	Nefrectomia Total	(3)	
		Nefrectomia Parcial	(4)	
	Direito	Nefrectomia Total	(5)	
		Nefrectomia Parcial	(6)	

**Peso espécime (gramas)**       **Medidas do tu (cm) :** .....X.....X.....

(Para tu multifocais, indicar a medida do maior foco)

Cápsula renal íntegra? (antes da abertura do espécime)  
Não (1)                      Sim (2)                      Duvidosa (3)                     

Tumor multifocal?                      Não (1)                      Sim (2)                      Duvidoso (3)                     

Margens de ressecção comprometidas pelo tumor?  
(Microscopicamente)    Não (1)                      Sim (2)                      Duvidosa (3)                     

Se sim, especificar se a neoplasia na margem é:  
Viável (1)                      Não-viável (2)                     

Em caso de nefrectomia parcial : menos distância do tumor à margem (mm)                     

Trombose da veia renal  
(Microscopicamente)    Não (1)                      Sim (2)                      Duvidosa (3)                     

**Porcentagem de necrose/ Alterações regressivas ao exame macroscópico**                      %

**Porcentagem de necrose/ Alterações regressivas ao exame histológico**                      %

**Porcentagem de blastema no componente de tumor viável**                      %

Restos Nefrogênicos  
Não (1)                      Sim (2)                      Incerto (3)                     

Anaplasia por favor, sub-classificar em:  
Ausente (0)                      Focal (1)                      Difusa (2)                      Duvidosa (3)



Para revisão central, por favor mande todas as lâminas de HE e 1 bloco de parafina, acompanhados deste formulário e de seu laudo original para a SOBOPE (Av. Moema, 94, São Paulo - SP, 04077-020), o mais rapidamente possível. **POR FAVOR**, não atrase, uma vez que a revisão central é fundamental para a participação da criança neste protocolo.

Para obtenção da isenção do custo do correio para envio das lâminas, ou qualquer outra informação entrar em contato com a SOBOPE nos telefones ou e-mail abaixo:

**Carolina Prieto Cardoso**

CIOPE / SOBOPE

☎ 55 11 5052-7537/ 5052-8662

☎ 55 11 5051-9930

✉ [carolina@sobo.org.br](mailto:carolina@sobo.org.br)

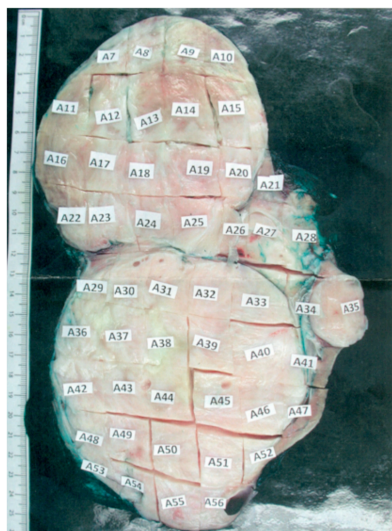
🌐 [www.sobo.org.br](http://www.sobo.org.br)

A revisão central será realizada pelas Patologistas Isabela Werneck da Cunha e/ou Mariana Morini em São Paulo e posteriormente pelo grupo central internacional

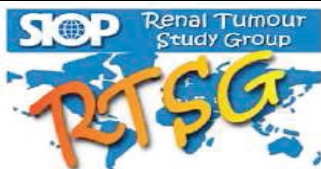
Dra. Isabela Werneck da Cunha: E-mail: [iwerneck0210@gmail.com](mailto:iwerneck0210@gmail.com)

Dr. Gordan Vujanic: E-mail: [gvujanic@sidra.org](mailto:gvujanic@sidra.org)

***\*Mantenha uma cópia deste formulário também na sua instituição / laboratório***



**Desenhe, escaneie ou fotografe o tumor, indicando com números e letras o sítio exato do que está representado em cada lâmina.**

**Notas para estadiamento:****Estadio I**

- a) O tumor é limitado ao rim ou circundado por uma pseudo-cápsula fibrosa (caso o contorno se estenda além do rim). T A cápsula renal ou pseudo cápsula tumoral pode estar infiltrada pelo tumor, desde que não atinja a superfície.
- b) O tumor pode se protundir para a pelve renal e ureter, mas sem infiltração de suas paredes.
- c) Os vasos e tecido conjuntivo do seio renal não podem estar infiltrados.
- d) Pode haver comprometimento de vasos intrarenais.

**Notas:**

- *Biópsias por agulha fina (PAAF) ou por agulha grossa (tru-cut) não aumentam o estadiamento, mas devem ser reportadas pelo patologista.*
- *A presença de tumor necrótico ou alterações induzidas por quimioterapia no seio renal e/ou na gordura peri-renal, não devem ser consideradas razões para aumentar o estadiamento, se completamente ressecado sem atingir as margens.*
- *A infiltração da glândula adrenal não aumenta o estadiamento se a cápsula da adrenal estiver intacta.*
- *Fígado: O tumor pode estar aderido à cápsula hepática e não deve ser considerado infiltração de órgão adjacente (a não ser que haja clara evidência de infiltração do parênquima hepático)*

**Estadio II**

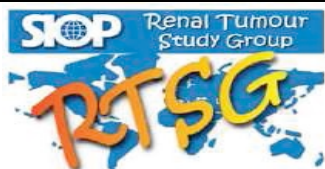
- a) Tumor viável se estendendo além da cápsula renal ou pseudocápsula tumoral para a gordura peri-renal, porém totalmente ressecado (margens livres)
- b) Tumor viável invadindo o tecido conjuntivo do seio renal.
- c) Tumor viável infiltrando vasos sanguíneos e linfáticos do seio renal ou tecido peri-renal, porém completamente ressecado (margens livres)
- d) Tumor viável infiltrando pelve renal ou parede do ureter.
- e) Tumor viável infiltrando órgão adjacentes ou a veia cava, porém completamente ressecados (margens livres)

**Estadio III**

- a) Tumor viável se estendendo às margens de ressecção (margens comprometidas) . **Obs.: Se apenas tumor não viável presente nas margens não considerar estadio III)**
- b) Qualquer comprometimento linfonodal abdominal. **(Tumor viável ou não)**
- c) Ruptura tumoral antes ou intra-operatória, se confirmado doença microscópica viável na margem
- d) O tumor penetra a superfície peritoneal.
- e) Presença de implantes tumorais no peritônio. **(Tumor viável ou não)**
- f) Presença de trombos tumorais nas margens de vasos ou ureter (transseccionados ou retirado aos pedaços pelo cirurgião). **(Tumor viável ou não)**
- g) O tumor foi previamente biopsiado (biópsia aberta) antes da quimioterapia.

**Notas:**

- *Retração da veia renal: Após a ressecção, pode haver retração da veia renal e dar impressão de que o trombo se estende além das margens da veia renal. Nestes casos, é fundamental o parecer do cirurgião, antes de se considerar margem positiva com ressecção tumoral incompleta.*
- *Tumor não viável no linfonodo é aquele que substitui o tecido linfonodal normal. Agregados de macrófagos nos seios linfonodais, não caracteriza comprometimento do linfonodo pelo tumor.*
- *Túbulos renais maduros podem ser vistos nos linfonodos associados ou não a depósitos proteicos (Tamm-Horsfall protein deposits). Estes achados não devem ser considerados metástases linfonodais.*
- *A presença de ruptura reportada pelos exames de imagem ou durante a cirurgia, só deve ser considerada estadio III se confirmada microscopicamente. Se não confirmada, o tumor deve ser estadiado baseado nos demais critérios e o estadiamento final deve ser discutido em reunião com o time multidisciplinar*



## UMBRELLA Study

Formulário da patologia  
FORM 4  
Pág. 5 de 5

### Estadio IV

Metástases hematogênicas ( pulmão, fígado, osso, cérebro, etc.) ou linfonodais fora da cavidade abdômino-pélvica.

### Estadio V

Tumor de Wilms bilateral ao diagnóstico. Cada lado deve ser sub-estadiado de acordo com os critérios acima.

ENVIE TODAS AS LÂMINAS, 1 BLOCO, ESTE FORMULÁRIO E UMA CÓPIA DO LAUDO ORIGINAL PARA O SEU PATOLOGISTA DE REFERÊNCIA NACIONAL

<b>United Kingdom:</b> Gordan M. Vujanic E-mail: <a href="mailto:gordanvujanic2501@gmail.com">gordanvujanic2501@gmail.com</a>	<b>Germany:</b> Christian Vokuhl E-mail: <a href="mailto:cvokuhl@path.uni-kiel.de">cvokuhl@path.uni-kiel.de</a>
<b>France:</b> Aurore Coulomb E-mail: <a href="mailto:aurore.coulomb@trs.aphp.fr">aurore.coulomb@trs.aphp.fr</a>	<b>The Netherlands:</b> Christina Hulsbergen-van de Kaa E-mail: <a href="mailto:Christina.hulsbergen-vandekaa@radboudumc.nl">Christina.hulsbergen-vandekaa@radboudumc.nl</a>
<b>Italy:</b> Paola Collini E-mail: <a href="mailto:paola.collini@istitutotumori.mi.it">paola.collini@istitutotumori.mi.it</a>	<b>Spain:</b> Enrique de Alava E-mail: <a href="mailto:Enrique.alava.sspa@juntadeandalucia.es">Enrique.alava.sspa@juntadeandalucia.es</a>
<b>Latin America:</b> Isabela Werneck Cunha E-mail: <a href="mailto:iwerneck0210@gmail.com">iwerneck0210@gmail.com</a>	<b>All other countries:</b> <b>Gordan Vujanic</b> E-mail: <a href="mailto:gordanvujanic2501@gmail.com">gordanvujanic2501@gmail.com</a>

### Chair of the SIOP RTSG Pathology Panel:

#### **Professor Gordan Vujanic**

Department of Pathology

Sidra Medicine

Sidra Hospital H2M Pathology Room 2MF 140

Al Luqta Street, Doha, Qatar

T: +974 4003 2912 / +974 3048 7444

E: [gvujanic@sidra.org](mailto:gvujanic@sidra.org)

## Sugestão para modelo de laudo:

Produto de Nefrectomia (total/parcial) à (direita/esquerda)

\* Tumor de Wilms com efeitos de tratamento quimioterápico, com as seguintes características:

. Áreas de necrose: \_%

. Neoplasia viável: \_%

- Componente blastematoso: \_%

- Componente mesenquimal: \_%

- Componente epitelial: \_%

. Anaplasia: \_ (se presente, focal ou difusa)

. Restos nefrogênicos perilobares e intralobares: (presente/ausente)

. Localização da neoplasia no tecido renal: \_

. Medida da neoplasia: (3 dimensões)

. Multifocalidade: \_

. Infiltração de:

- Cápsula renal: (presente/ausente)

- Tecido Peri renal: (presente/ausente)

- Seio renal: (presente/ausente)

- Ureter: (presente/ausente)

- Artéria renal: (presente/ausente)

- Veia renal: (presente/ausente)

. Invasão microscópica:

- Sanguínea: (detectada/não detectada)

- Linfática: (detectada/não detectada)

- Perineural: (detectada/não detectada)

. Margens de ressecção cirúrgica: (livre/comprometida)

. Margens cirúrgicas do hilo renal: (livre/comprometida)

. Parênquima renal não neoplásico:

. Linfonodos:

Foram dissecados \_ linfonodos, dos quais \_ estão comprometidos pela neoplasia (\_/\_).

**Conclusão:**

- . Tumor de Wilms pós tratamento do tipo:
- . Risco:
- . Estadio:

## Como subtipar?

**\*Sempre considerar a somatória de 100% para os componente tumorais (excluir a necrose da contagem na hora de classificar os 3 componentes)**

**Subtipos de tumor de Wilms (SIOP WT 2001)****Subtipo tumoral Característica Histológicas (%de tumor)**

	AIQ	Epitelial	Estromal	Blastema
Completamente necrótico	100%	0%	0%	0%
Regressivo	> 66%	0-33%	0-33%	0-33%
Misto	< 66%	0-65%	0-65%	0-65%
Epitelial	< 66%	66%-100%	0-33%	0-10%
Estromal	< 66%	0-33%	66%-100%	0-10%
Blastema	< 66%	0-33%	0-33%	66-100%

AIQ: alterações induzidas por quimioterapia

**Risco:****Baixo risco:**

- . CPDN (Nefroma cístico parcialmente diferenciado)
- . Completamente necrótico
- . Nefroma mesoblástico

**Risco intermediário:**

- . Não anaplásico e variantes
- . Tipo Epitelial
- . Tipo estromal
- . Tipo misto
- . Tipo Regressivo
- . Anaplasia focal

**Alto Risco:**

- . Blastema
- . Anaplasia Difusa