

NIFTP: PERICOLO SCAMPATO!

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Dal momento della sua introduzione, la diagnosi di “*non-invasive follicular thyroid neoplasms with papillary-like nuclear features*” (NIFTP) ha dato la possibilità di risolvere l’annoso dilemma di quelle lesioni ben capsulate, non invasive, che mostrano caratteristiche da carcinoma papillare ma sembrano istologicamente poco aggressive. Molti lavori hanno cercato di dimostrare come sia cambiata l’incidenza di malignità con l’introduzione dei NIFTP, quale sia la loro reale prevalenza, ma soprattutto se sia possibile farne una diagnosi certa in citologia, oltre ovviamente a una quantità di revisioni e metanalisi che cercano di tirare le somme di tutti i dati pubblicati.

La **revisione sistematica** di Bongiovanni et al (1) ha selezionato **15 articoli**, per un totale di **915 casi di NIFTP** (tutti classificati secondo il sistema di Bethesda). Dal punto di vista citologico, il 51% era stato classificato in una categoria indeterminata (AUS/FLUS o FN/SFN) e il 24% come sospetto.

Dai dati disponibili, gli autori concludono che:

- la diagnosi citologica non è dirimente in tre quarti di queste lesioni;
- una diagnosi citologica di NIFTP non è possibile in base ai dati di letteratura finora disponibili;
- il cito-patologo può arrivare a sospettare una simile lesione in calce a una diagnosi indeterminata, ma tale valutazione deve essere inquadrata nel contesto clinico ed ecografico, e poi eventualmente confermata dall’esame istologico.

Viene quindi finalmente sdoganata la giustificata convinzione che la **diagnosi di NIFTP è possibile solo su campione istologico**, così come siamo abituati a pensare per i carcinomi follicolari con minima invasione capsulare.

Commenti e conclusioni

Recenti editoriali di *opinion leader* in campo tiro-patologico (2,3) sottolineano che alcune casistiche istologiche di NIFTP sono state raccolte con criteri “meno restrittivi”, il che potrebbe spiegare perché iniziano a comparire segnalazioni di metastasi linfonodali associate a NIFTP. A mio avviso tali lavori spiegano anche perché alcune casistiche hanno prevalenze di NIFTP inaspettatamente alte, fino al 15-20% rispetto ai carcinomi papillari, situazione che paradossalmente annulla l’effetto benefico dell’introduzione dei NIFTP sull’*overtreatment*. Inoltre, dai dati disponibili emerge chiaramente la necessità che i citologi perfezionino i propri criteri e i patologi si confrontino per aumentare la riproducibilità dei risultati, rammentando che la diagnosi citologica è solo un tassello del complesso *puzzle* che ci coinvolge tutti, con al centro la salute del paziente. I poveri cito-patologi cui era stata prospettata l’ipotesi di fare diagnosi di NIFTP su ago-aspirato tiroideo possono quindi tirare un sospiro di sollievo, così come i loro colleghi endocrinologi che si erano già visti dover interpretare le lunghe descrizioni inconclusive di una diagnosi cito-patologica balbettante.

Bibliografia

1. Bongiovanni M, Giovanella L, Romanelli F, Trimboli P. Cytological diagnoses associated with non-invasive follicular thyroid neoplasms with papillary-like nuclear features, (NIFTP) according to the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: a systematic review and meta-analysis. *Thyroid* [2018, DOI: 10.1089/thy.2018.0394](https://doi.org/10.1089/thy.2018.0394).
2. Rossi ED, Faquin WC. NIFTP revised: Chronicle of a change foretold. *Cancer Cytopathol* [2018, 126: 897-901](https://doi.org/10.1007/s12092-018-0901-1).
3. Lloyd RV, Asa SL, LiVolsi VA, et al. The evolving diagnosis of noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP). *Hum Pathol* [2018, 74: 1-4](https://doi.org/10.1053/j.hmpa.2018.07.001).



Simonetta Piana (simonetta.piana@asmn.re.it)
UO Anatomia Patologica, Azienda USL IRCCS Reggio Emilia