Chirurg 2019 · 90:501
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0940-2>
 Online publiziert: 14. März 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

H. Dralle

Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

Können nichtinvasive follikuläre Schilddrüsenneoplasien mit papillären Kernveränderungen (NIFTP) metastasieren?

Originalpublikation

Chereau N, Greilsamer T, Mirallie E et al (2019) NIFT-P: Are they indolent tumors? Results of a multi-institutional study. *Surgery* 165:12–16

Hintergrund. Wie zahlreiche klinische und molekulopathologische Studien der letzten Jahre gezeigt haben, sind papilläre Schilddrüsenkarzinome (PTC) eine heterogene Tumorgruppe mit unterschiedlicher Pathogenese und Prognose der einzelnen Subtypen. Zur Vermeidung einer Übertherapie der zunehmenden Anzahl papillärer Mikrokarzinome (PTMC) hat daher die neue TNM-Klassifikation in wesentlichen Punkten einschneidende Änderungen vorgenommen. Außerdem wurde eine Tumorentität ausgegliedert, die durch besondere klinisch-morphologische Charakteristika gekennzeichnet ist: die gekapselte follikuläre Variante des PTC, jetzt bezeichnet als „nichtinvasive follikuläre Neoplasie mit papillärähnlichen Kernveränderungen (NIFTP)“. Die vorliegende, auf einer umfangreichen Auswertung einer prospektiv-multizentrischen Datenerhebung zum NIFTP basierenden retrospektiven Untersuchung beruhenden Studie sollte klären, ob NIFTP metastasieren können und damit ein gegenüber dem klassischen PTC reduziertes Resektionsausmaß rechtfertigen.

Material und Methoden. An der Studie nahmen 9 Zentren der französischen Assoziation endokriner Chirurgen teil. 363 Patienten mit expertengesicherten

NIFTP der Jahre 2005 bis 2015 – ca. 6 % der Gesamtgruppe der PTC – wurden in die Studie eingeschlossen und standardisiert mit einem medianen Follow-up von 55 Monaten nachuntersucht.

Ergebnisse. Bei 95 % der Patienten erfolgte primär oder sekundär eine totale Thyreoidektomie, bei 37 % eine prophylaktische Lymphknotendissektion; 65 Patienten (18 %) hatten zusätzlich zum NIFTP ein klassisches PTMC; 2 Patienten mit NIFTP und PTMC hatten primär (1) oder als Rezidiv (1) je eine Lymphknotenmetastase <1 cm, bei der nicht entschieden werden konnte, ob es sich um eine Metastase des NIFTP oder des PTMC handelte.

Diskussion. Aufgrund der differentiellen Molekularpathologie der NIFTP und der klassischen PTC ist in Verbindung mit ihrem unterschiedlichen Metastasierungspotenzial davon auszugehen, dass es sich beim NIFTP tatsächlich um eine eigene, diagnostisch-therapeutische Subgruppe des PTC handelt. Da die NIFTP jedoch präoperativ durch Ultraschall und Zytologie nicht sicher zu diagnostizieren sind, ergibt sich ihre therapeutische Relevanz im Wesentlichen nach primärer Hemithyreoidektomie bez. der Indikation zur Komplettierungsoperation.

Die Autoren mahnen aus drei Gründen zu Recht zur Vorsicht hinsichtlich eines eingeschränkten Vorgehens: 1. In der aktuellen Literatur wurden bei bislang 10 Patienten mit NIFTP Lymphknotenmetastasen beschrieben, bei einem Pati-

enten Lungenmetastasen. 2. Wie erstmals in dieser Studie berichtet, weisen fast ein Fünftel der Patienten mit NIFTP assoziierte PTMC mit unklarem Metastasierungspotenzial auf. 3. Die Beobachtungszeiträume sind noch relativ kurz und es gibt bislang keine konsentierten Nachuntersuchungsstandards.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H. Dralle
 Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen
 Hufelandstr. 55, 45147 Essen, Deutschland
henning.dralle@uk-essen.de

Interessenkonflikt. H. Dralle gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.