

## Fiche Technique n°2 : Tumeur Folliculaire/Tumeur Folliculaire à cellules oncocytaires : Signification anatomopathologique et prise en charge

**Généralités :** Le diagnostic de tumeur folliculaire/ tumeur folliculaire à cellules oncocytaires correspond à la catégorie 4 de BETHESDA associée à un risque de malignité de 10 à 40%. Il s'agit de tumeurs souvent encapsulées, d'architecture micro et normo-vésiculaire, denses posant la difficulté diagnostique de distinction entre la bénignité et la malignité reposant essentiellement sur la présence ou non de signes d'effraction capsulaire et/ou d'angioinvasion.

Critères cytologiques :

**Cellularité souvent marquée**

**Cellules vésiculaires agencées en placards denses 3D (« crowded ») avec chevauchements nucléaires et/ou des structures micro-vésiculaires et cellules isolées**

Absence d'atypies nucléaires suspectes ou évocatrices de carcinome papillaire

Plusieurs contextes lésionnels sont possibles :

1. **Nodule colloïde dystrophique (bénin)**
2. **Adénome folliculaire (bénin)**
3. **Tumeur non invasive d'architecture vésiculaire avec des noyaux de type papillaire » : NIFTP (OMS 2017)**
4. **Variante folliculaire de carcinome papillaire (OMS 2017)**
5. **Carcinome folliculaire invasif/ avec angio-invasion**

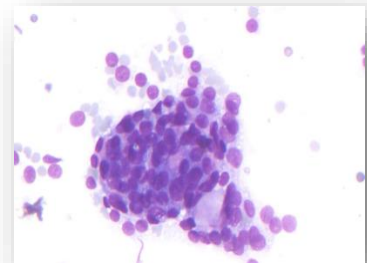
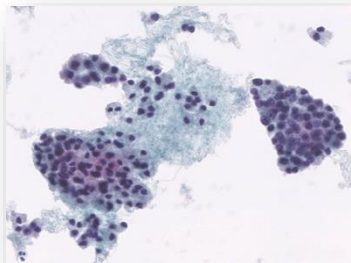
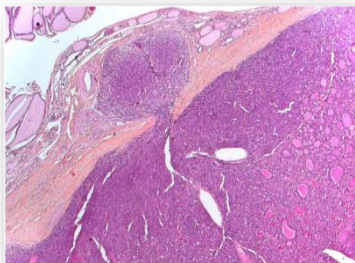
**Conduite à tenir :**

- Recommandation BETHESDA 2017 : **expertise anatomopathologique complète de l'ensemble de la lésion et de sa capsule (seule permettant un diagnostic définitif).**

- Absence d'indication de microbiopsie (pas de plus-value par rapport à la cytoponction).

- Propositions de recours en cas de : nodule de petite taille, faible grade EU-TIRADS, patient(e) réfractaire à la chirurgie :

Evaluation multi-modale intégrant : Biologie moléculaire, scintigraphie Iode 123



Dr Sébastien FONTAINE

Dr Laetitia COLLIN