

UN TEST SALVAVITA: LA RICERCA DI SANGUE OCCULTO NELLE FECI

Giuseppe Luzi

L'intestino è l'organo deputato all'assorbimento delle sostanze nutritive derivate dall'alimentazione e alla formazione delle feci. È lungo circa sette metri ma la sua estensione può variare ampiamente, da 4-5 metri a oltre dieci. Anatomicamente si distingue un intestino *tenue* (il piccolo intestino costituito da duodeno, digiuno e ileo) e intestino *crasso* (anche definito grosso intestino).

L'intestino *crasso* è formato dal colon destro o ascendente (con l'appendice), dal colon trasverso, dal colon sinistro o discendente, dal sigma e dal retto. Nell'intestino crasso si attua il processo di coprogenesi, meccanismo attraverso il quale si formano le feci.

Il materiale alimentare non digerito, insieme con le scorie e i prodotti dell'escrezione intestinale, ristagna nell'intestino crasso dove si ha il riassorbimento dell'acqua e il consolidamento della massa fecale. Una funzione molto importante del colon consiste proprio nell'assorbimento di acqua ed elettroliti. In generale si ritiene che il volume di liquido proveniente dall'ileo (intestino *tenue*) sia di circa un litro e oltre (fino a quasi due litri) al giorno; questa massa, una volta riversatasi nel colon ascendente, viene ridotta in modo consistente ed eliminata con le feci.

Un ruolo essenziale nell'ambiente del colon è svolto dai numerosi batteri presenti che formano il cosiddetto *microbiota umano intestinale*. Alcuni batteri espletano funzioni utili alla fisiologia dell'organismo e possono sintetizzare vitamine del gruppo B e K. Un ruolo del tutto particolare è dato dal controllo che i batteri esercitano sulla crescita di potenziali microrganismi patogeni, microrganismi che altrimenti potrebbero essere dannosi. In sostanza si realizza una sorta di collaborazione ecologica tra l'organismo umano (che nel colon consente ai batteri di nutrirsi) e la massa di batteri che sintetizzano

alcune sostanze utili all'organismo.

L'assorbimento di acqua e sali nei vasi sanguigni del colon, come abbiamo già detto, permette di conservare il patrimonio dei liquidi corporei e determina la condensazione delle feci. Grazie ai movimenti peristaltici il contenuto fecale viene gradualmente spinto verso la flessura sigmoide e quindi nel retto.

Lo svuotamento (atto della defecazione) è indotto dallo stimolo che provoca il passaggio delle feci nel retto. La distensione della parete determina un complesso atto riflesso che si conclude con la contrazione dei muscoli che formano il pavimento pelvico e con il rilasciamento dello sfintere anale. A questo punto si verifica l'evacuazione delle feci.

Lo studio delle feci è un parametro importante nella semeiotica dell'evacuazione dell'alvo e possono essere acquisite varie utili informazioni per arrivare alle diagnosi possibili. In generale possiamo così riassumere:

- a] le feci hanno colore marrone, dovuto alla conversione chimica della bilirubina (sterco-bilina);
- b] l'odore dipende dalla decomposizione proteica dei batteri;
- c] la morfologia della massa evacuata è di tipo cilindrico e di consistenza soffice (in genere con la dimensione del tratto rettale);
- d] il pH è lievemente alcalino o neutro.

In peso, ovviamente, la massa fecale dipende da diversi fattori ma con una dieta "normale" si ha una produzione fino a 250-300 grammi.

Sangue occulto nelle feci e tumori del colon-retto

Il colon è sede di frequenti patologie. Si ricordano le malattie infiammatorie (rettocolite ulcerosa, la malattia di Crohn, le forme di colite pseudomembranosa), l'angiodisplasia, le varie forme di diverticolosi con o senza diverticolite etc. Di particolare rilevanza epidemiologica è il

carcinoma del colon-retto.

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia considerando maschi e femmine. Annualmente si ammala in Italia oltre 30.000 persone l'anno e la metà muore per questa malattia. È noto che fattori comportamentali (stile di vita) costituiscono definite condizioni di rischio: dieta ricca di grassi, consumo eccessivo di carni rosse, alcol, ridotta assunzione di fibre, calcio e folati.

Alcuni fattori che influenzano il rischio di contrarre questa malattia sono l'età (di rado inferiore ai 50 aa, ma in giovani adulti è importante considerare la predisposizione familiare valutando anamnesticamente la presenza di parenti di 1° e 2° grado con cancro coloretale non poliposico), poliposi, abitudini di vita (fumo, dieta ricca di grassi e proteine), presenza di malattie infiammatorie croniche.

Dopo i 50 anni è opportuno effettuare ogni due anni la ricerca di sangue occulto nelle feci. Se il campione ha riscontro positivo è necessario effettuare la colonscopia. Si sottolinea ancora la familiarità: se un parente ha sofferto di carcinoma del colon o di polipi è bene anticipare i controlli già molto prima dei 50 anni.

È ormai da alcuni anni che vengono proposti screening per diagnosticare precocemente i tumori del colon-retto, ricorrendo alla ricerca di sangue occulto nelle feci. Questa metodica è molto utile, semplice, e facilmente ripetibile. È opportuno però che sia conosciuta nei suoi pregi e nei suoi "rischi".

Perché si parla di "sangue occulto"? Con il *Fecal Occult Blood Test* [FOBT] viene effettuata la ricerca di sangue che, per definizione, non è visibile a occhio nudo. Quindi le feci non presentano un colore alterato, anche se c'è una minima quantità di sangue. Al contrario, quando il sangue è visibile, i caratteri ematici possono conferire colore rosso (più o meno scuro). Se nelle feci è positiva la ricerca di sangue occulto, il riscontro indica che si è verificato un minimo, spesso recidivante, sanguinamento nel tratto digestivo.

È ovvio che questa piccola perdita ematica,

documentata nelle feci, non consente di fare diagnosi sia sulla natura sia sulla sede del sanguinamento. Ogni tratto del canale alimentare può essere sede del sanguinamento e le patologie possono andare da cause benigne a forme più gravi.

In relazione alla diagnosi precoce di neoplasia del colon esistono dati ormai acquisiti che la sopravvivenza del paziente dipende dallo stadio di malattia al momento della diagnosi. Se la malattia è diagnosticata in forma localizzata la sopravvivenza a 5 anni si aggira attorno al 95% dei casi. In caso di metastasi la sopravvivenza non supera il 9-10%.

Ovviamente non tutti i tumori del colon-retto sanguinano, ma poiché il sanguinamento è un indice significativo per approfondire l'indagine sulla causa che lo determina, il test per la ricerca di sangue occulto è un passo importante per arrivare alla diagnosi precoce.

In questa breve sintesi trattiamo del tumore del colon-retto, ma è naturale che il sanguinamento può verificarsi dalla bocca all'ano-retto, lungo tutto il percorso anatomico. Quindi come si fa a distinguere?

Il laboratorio nella ricerca di sangue occulto nelle feci

Per la ricerca del sangue occulto nelle feci si considerano due test: il *test al guaiaco* (gFOBT) e il *test immunochimico* (iFOBT oppure FIT = *Fecal Immunochemical Test*). Il test al guaiaco è basato sull'ossidazione fenolica del guaiaco ad opera del sangue utilizzando il perossido di idrogeno come soluzione di sviluppo della reazione.

Il gFOBT è limitato dal fatto che la reazione può essere condizionata da presenza di sostanze non emoglobiniche. Questo causa falsi positivi. Inoltre il test al guaiaco presenta un altro limite: non distingue le emoglobine che provengono da varie distretti anatomici del digerente (per esempi sangue che ha origine in bocca, da sfregamento o patologia gengivale, esofago, stomaco). In pratica oggi si utilizza il test immunochimico. Con questo test la reazione riguarda soltanto l'emoglobina umana.

Inoltre, dato importante, non vengono rilevati i sanguinamenti nella parte superiore del digerente.

Questo perché l'emoglobina subisce trasformazioni causate da acidi ed enzimi digestivi. Non è necessaria nessuna dieta pre-test perché il cibo contenente emoglobina animale, come la carne o batteri, enzimi, farmaci e vegetali con attività perossidica non interferiscono con i risultati. In buona sostanza con il test immunochimico si identifica il sangue occulto che ha origine nel colon e nel retto (polipi, neoplasie, diverticoli, ragadi etc.). Poiché il test immunochimico dimostra meno falsi negativi e meno falsi positivi si può anche effettuare l'esame su un solo campione, né sono necessarie restrizioni dietetiche prima di effettuare la raccolta. Ormai è il metodo preferito nei test di screening.

Considerazioni pratiche

Il sangue "occulto" positivo significa cancro del colon? Ovviamente no. In genere il test è positivo attorno al 6% dei casi esaminati, ma questo non vuol dire che siamo sempre di fronte a un tumore o a polipi. Solo in una parte dei casi il sanguinamento indica cancro o polipo. Ne consegue che il soggetto esaminato deve essere sottoposto a colonscopia per una diagnosi corretta.

Il sangue "occulto" negativo significa che non ci sono tumori? Purtroppo una negatività non esclude la presenza di un tumore. I polipi e le neoplasie in fase iniziale possono avere un sanguinamento intermittente. Ne consegue che il test può essere negativo al controllo. Per cogliere il momento con presenza di sangue non c'è altro modo che ripetere periodicamente il test. In caso di polipi, poiché la degenerazione tumorale è abbastanza lenta, si considera accettabile ripetere il

test con metodo immunochimico ogni due anni. Comunque la supervisione del gastroenterologo di riferimento è necessaria per monitoraggio nel tempo e decisioni diagnostiche relative, caso per caso. Questo è particolarmente importante se la persona interessata riferisce modificazione delle proprie "abitudini" intestinali. Soprattutto se si alternano eventi con diarrea e stipsi alternati in soggetti altrimenti con regolari abitudini nell'evacuazione.

Si può fare il test con le emorroidi sanguinanti?

No. Infatti le feci devono essere raccolte quando non sono evidenti sanguinamenti macroscopici. *Esistono farmaci che possono determinare sanguinamento?*

La risposta è sì. Per esempio assunzione di antiaggreganti, anticoagulanti, antinfiammatori etc. Si deve informare la persona interessata e stabilire il momento ottimale per la raccolta delle feci (per esempio sospendendo temporaneamente, se possibile, una terapia), evitando interferenze all'origine di campioni positivi causati non da tumore sanguinante.

Se è presente ciclo mestruale la ricerca si può effettuare?

No. Il test va effettuato dopo almeno 5 giorni dalla scomparsa di perdite ematiche evidenti.

La colonscopia è obbligatoria in presenza di sangue occulto nelle feci?

In linea di massima sì. Alcune persone non vogliono sottoporsi a colonscopia, e chiedono se sono possibili altri approcci diagnostici. Questo è possibile, ma è opportuno ricorrere in prima istanza alla colonscopia standard (salvo casi eccezionali) perché questa indagine consente di effettuare prelievi per studio istologico e asportazione di polipi direttamente, se individuati nel momento stesso durante il quale si esegue l'indagine. ■

La ricerca del sangue occulto nelle feci può essere effettuata tutti i giorni presso la Bios S.p.A di via D. Chelini 39 - Roma.

Per informazioni e prenotazioni: CUP 06 809641