



REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

AZIENDA A.S.L.02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

U.O.S.D. di Screening del Cervico-Carcinoma e  
Citodiagnostica

Tel. 0872/706308

fax 0872/706459

e.mail: citologia.lanciano@asl2abruzzo.it

N° VERDE 800893436



## **SCHEDA INFORMATIVA PER PRELIEVO ANALE**

### **Atto Sanitario**

Prelievo anale per diagnostica citologica, ricerca e tipizzazione del Papilloma Virus.

### **Come si effettua il prelievo?**

Il prelievo si esegue con uno spazzolino, al di fuori e nella prima parte del canale anale fino al raggiungimento della giunzione squamo-colonnare, di seguito stemperato in un barattolino contenente liquido preservante.

### **Citologia anale**

L'HPV è implicato, oltre che nella condilomatosi, anche nell'eziologia delle lesioni displastiche e del carcinoma anale, la cui incidenza è in aumento negli ultimi anni tra soggetti omosessuali maschi.

### **Possibili risultati conseguibili e possibili inconvenienti**

Con l'esame citologico vengono esaminate le cellule prelevate e l'eventuale flora batterica/micotica presente. Il risultato può essere negativo con o senza concomitante infiammazione. Si possono comunque riscontrare cellule con atipie o con lesioni più gravi. La Biologia Molecolare permette di evidenziare la presenza o meno del Papilloma Virus ed anche l'eventuale ceppo presente, che può essere a basso, a probabile o ad alto rischio oncogeno. Non vi sono inconvenienti perché queste metodiche sono sottoposte a Controlli di Qualità. Solo in caso di scarsa cellularità viene richiesta la ripetizione del prelievo.

### **A cosa serve?**

Una parte di prelievo può essere impiegata per rilevare e genotipizzare il virus HPV e la restante parte per allestire un vetrino citologico, di fondamentale importanza nella diagnosi precoce delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche anali.

### **Possibili esiti del non trattamento :**

In caso di positività al test HPV è possibile trasmettere l'infezione attraverso il rapporto sessuale e sviluppare lesioni condilomatose.

***Con la presente informativa prendo atto che la risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento mi è stata fornita nel corso del colloquio con il Dirigente Sanitario.***

***Ho letto e compreso quanto sopra.***

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma del paziente

Firma del Dirigente Sanitario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_