

**Aneurismi  
su fistola artero-venosa  
per dialisi cronica**

P. G. SETTEMBRINI - G. SPREAFICO  
R. BINDA - M. PISACRETA  
M. P. VIANI - G. L. LEGNANI

*Università degli Studi di Milano  
Istituto di Clinica Chirurgica II  
(Direttore: Prof. G. Pezzuoli)*

**Estratto da MINERVA NEFROLOGICA**

---

Vol. 28 - N. 4 - Pag. 461-466 (Ottobre-Dicembre 1981)

## **Aneurismi su fistola artero-venosa per dialisi cronica**

P. G. SETTEMBRINI - G. SPREAFICO  
R. BINDA - M. PISACRETA  
M. P. VIANI - G. L. LEGNANI

*Università degli Studi di Milano  
Istituto di Clinica Chirurgica II  
(Direttore: Prof. G. Pezzuoli)*

**RIASSUNTO.** — Gli Autori, prendendo lo spunto dal trattamento di quattro casi di aneurisma in sede di fistola artero-venosa per emodialisi cronica, riferiscono dei problemi e delle tecniche di ricostruzione utilizzate in questo tipo di affezione. Si sottolinea l'importanza, per i pazienti in cui l'escissione dell'aneurisma necessita della legatura dell'arteria omerale, di prevenire la comparsa di manifestazioni ischemiche con l'istituzione di un by-pass sull'arteria radiale o ulnare. Il materiale di scelta è la vena grande safena autologa dato il calibro dei vasi interessati e la frequente coesistenza di manifestazioni infettive a carico dell'aneurisma.

**PAROLE CHIAVE.** — Emodialisi - Aneurisma su fistola artero-venosa.

Sono venuti alla nostra osservazione quattro casi di aneurisma in sede di fistola artero-venosa, in pazienti sottoposti ad emodialisi periodica per insufficienza renale cronica. Tale esperienza ci ha suggerito alcune considerazioni sui problemi legati alle fistole per emodialisi e alle loro complicanze.

Infatti l'uso continuato, anche se in mani esperte, delle fistole comporta a lungo andare complicanze che richiedono veri interventi di chirurgia vascolare ricostruttiva, talora molto delicati, su arterie che, a parte l'eventuale preesistenza di lesioni arteriosclerotiche, vanno incontro con particolare facilità a fenomeni di calcificazione nei pazienti con insufficienza renale di vecchia data. A ciò si aggiunga che le condizioni generali del paziente di norma sono in equilibrio molto precario, con i problemi anestetici e terapeutici che ne derivano.

Sappiamo che l'accesso ai vasi per l'emodialisi si vale di shunts esterni tipo Ramirez o di fistole artero-venose interne permanenti. I primi sono di facile esecuzione e non interessano particolarmente il chirurgo vascolare. Il loro limite fondamentale è dovuto al fatto che sono utilizzabili di norma per un anno soltanto. Notevole progresso fu segnato nel campo dell'emodialisi, quando nel

1966 Brescia e Cimino misero a punto la tecnica per la costruzione di fistole artero-venose definitive con l'anastomosi diretta tra arteria e vena.

Sede di elezione per tale shunt è l'avambraccio. La sua costruzione si può considerare un intervento di chirurgia vascolare piuttosto delicato ed è, secondo noi, strettamente compito del chirurgo vascolare, perché l'operatore è costretto ad operare su vasi di calibro ridotto (circa 1 o 2 mm), spesso con pareti alterate e calcifiche; ed infine perché un buon funzionamento dello shunt richiede un'anastomosi perfetta e quindi una notevole esperienza di suture vascolari.

Seguendo a distanza di anni l'andamento di tali fistole, si nota come vadano incontro a numerose complicanze, risolvibili solo chirurgicamente.

Fra le complicanze rare ricordiamo l'insufficienza cardiaca congestizia nelle fistole ad alta portata, le sindromi ischemiche da furto nelle fistole di calibro eccessivo, l'edema dell'arto a valle nelle fistole con anastomosi venosa laterale. Tali complicanze sono, comunque, rare ed evitabili quando si esegua correttamente una fistola: che deve essere in sede periferica, di diametro non supe-