

## أم دم أبهر صاعد متمزقة تظاهرت بنفث دموي : حالة سريرية

الدكتور مضر عبد اللطيف \*

(الإيداع: 7 أيلول 2025، القبول: 14 تشرين الأول 2025)

### الملخص:

تعتبر النواسير بين الأبهر والشجرة الرغامية القصبية حالات قليلة الشيوع، لكنها عادة ما تكون قاتلة إذا لم يتم علاجها جراحياً وفي الوقت المناسب، حيث يمكن أن تسبب نزفاً دموياً شديداً ومميتاً. تحدث النواسير الأبهرية القصبية غالباً في الأبهر الصدري (القطعة 3 و 4) لدى المرضى الذين لديهم سوابق جراحة على الأوعية الدموية الصدرية. وقد وُثِّقت حالات قليلة في الأدبيات الطبية دون وجود سابق لجراحة صدرية، أو رضخ، أو عملية التهابية في الأبهر. نادراً ما تصادف النواسير الأبهرية القصبية في الأبهر الصاعد والحالات المنشورة في الأدب الطبي قليلة جداً. نعرض هنا حالة سريرية لمريض بعمر 70 سنة يشكو من نفث دموي ناتج عن ناسور أبهري قصبي كاختلاط لأم دم أبهر صاعد متمزقة وهو ما يجعل التأكيد على البحث عن أسباب مهددة للحياة لنفث الدم على درجة عالية من الأهمية.

الكلمات مفتاحية: الناسور الأبهر القصبي ، نفث الدم ، الأبهر الصاعد

\*أستاذ مساعد في كلية الطب البشري ، جامعة اللاذقية.

شعبة جراحة القلب ، مشفى اللاذقية الجامعي ، جامعة اللاذقية

## **Ruptured Ascending Aortic Aneurysm Presenting with Hemoptysis: A Case Report**

**Mudar I. ABDULLATIF , MD\***

**(Received: 7 September 2025, Accepted: 14 October 2025)**

### **Abstract:**

Aortobronchial Fistula (ABF) is uncommon but lethal if not promptly treated surgically. ABF may cause severe and lethal bleeding. It affects most often the thoracic aorta (segments 3 and 4) in patients with prior history of surgery on the thoracic vessels. Few cases in literature have been documented without prior history of thoracic surgery, trauma or aortic infectious process. ABFs rarely affect the ascending aorta and very few cases have been documented. We describe here a clinical case of a patient 70-year-old who presented with complaint of hemoptysis caused by an ABF as a complication of ruptured aortic aneurysm, affirming that investigating life threatening causes of hemoptysis is of great importance

Keywords: Aortobronchial fistula, Hemoptysis, Ascending Aorta

\*Assistant professor, Faculty of Medicine, Latakia University.

المقدمة:

يُعرّف نفث الدم بأنه خروج دم مع السعال من الجهاز التنفسي السفلي. يشمل تشخيصه التفريقي قائمة واسعة، وأكثر أسبابه شيوعاً هي توسع القصبات، والتهاب الشعب الهوائية، والسعال الرئوي، وأورام الرئة. ورغم أنه غالباً لا يهدد الحياة، إلا أنه قد يكون أحياناً العرض الأول لحالات أكثر خطورة (مثل الانصمام الرئوي، والالتهاب الرئوي الشديد، أو النزف الرئوي المنتشر).

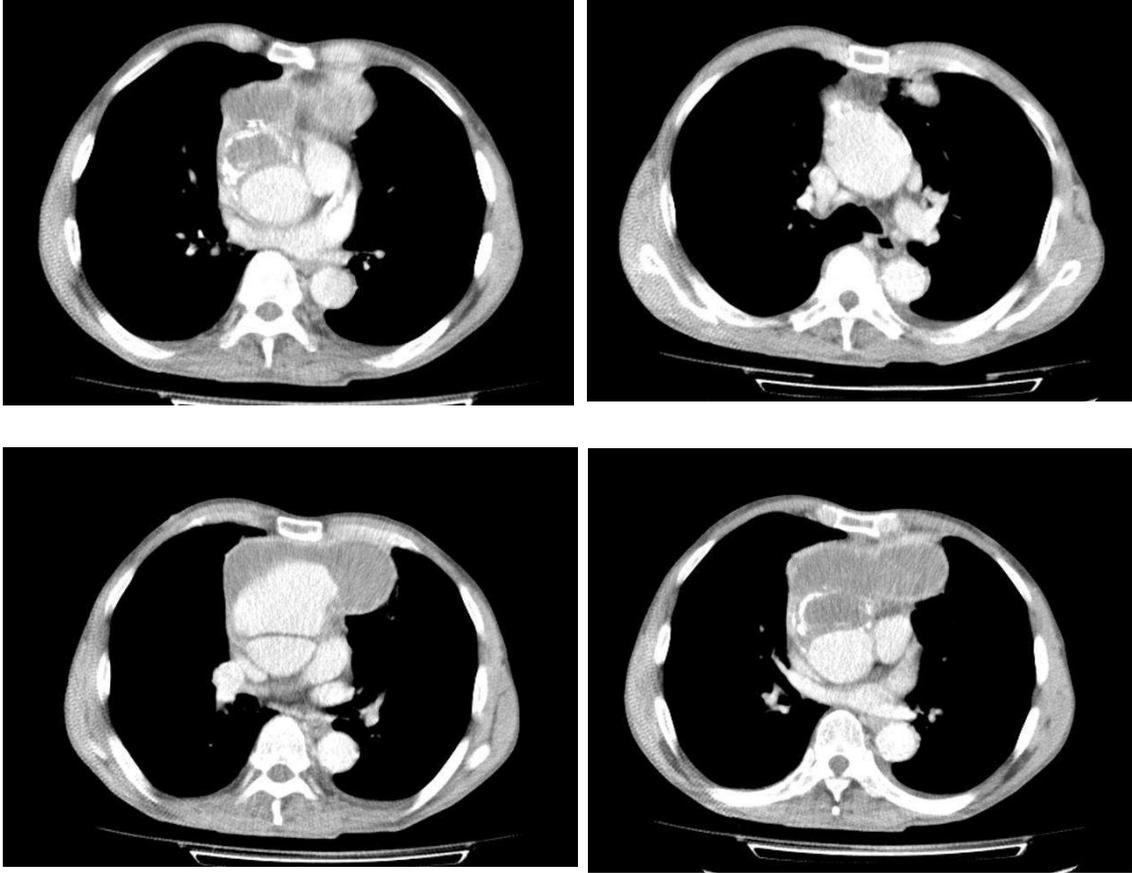
يعتبر نفث الدم المتقطع العرض الأكثر شيوعاً عند المرضى المصابين بالنواسير الأبهرية القصبية، حيث يحدث في 95% من المرضى، بينما يحدث النزف الشديد في 50% منهم. ومن الأعراض والعلامات الأخرى ضيق النفس، والسعال، وألم الصدر أو الظهر، والخراج الرئوية، أو نقص الأكسجة. يمكن استخدام تقنيات التصوير الروتينية مثل التصوير المقطعي المحوسب (CT) أو تصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي (MRA) أو تصوير الأوعية، لكن حساسيتها ونوعيتها ليست عالية. يمكن أن يحدد التنظير القصي مصدر النزيف، لكن قد لا يكون مسار الناسوب مرئياً. يُستنتج أن التشخيص والتدخل الجراحي في الوقت المناسب يمكن أن يكون منقذاً للحياة. لسوء الحظ، يتم تشخيص النواسير الأبهرية القصبية قبل الوفاة في 54% فقط من الحالات.

### الحالة السريرية

راجع مريض بعمر 70 سنة بشكوى ألم صدري ضاغط خلف القص ينتشر للذراع والكف الأيسر مترافق مع زلة تنفسية جهدية (درجة II) و سعال منتج لقيح أبيض منذ حوالي ستة أشهر دون قصة ارتفاع حرارة و تطور لديه حدوث نفث دموي غزير منذ حوالي شهرين محرض بالجهد. المريض مدخن 35 باكيت / سنة. في سوابق المريض قصة ارتفاع توتر شرياني معالج منذ 10 سنوات و ربو معالج منذ سنتين و لا يوجد لدى المريض داء سكري او سوابق نشبات دماغية. كانت قيم الفحوصات المخبرية ضمن الحدود الطبيعية باستثناء وجود انخفاض معتدل بقيمة الخضاب (11.2) و ارتفاع بقيمة CRP (53)

أظهرت صورة الصدر الشعاعية وجود زيادة كبيرة في عرض المنصف

أظهر التصوير القلبي الصدوي قطر ضمن الحدود الطبيعية للأبهر الصاعد على مستوى الحلقة الأبهرية و جذر الأبهر مع وجود توسع شديد بالأبهر الصاعد بقطر يصل الى 9-12 سم مع مظهر غير متجانس و جريان دموي مضطرب و وجود مظهر flap ضمنه مع وظيفة جيدة للبطين الأيسر (EF=65-70%) دون وجود اضطرابات دساميه ذات أهمية. أكد التصوير الطبقي المحوري الموجودات على التصوير الصدوي حيث شوهدت علامات لتسلخ أبهر بوجود أكثر من لمعة و flap تفصل بينها مع توسع شديد بالأبهر الصاعد يصل الى 77 مم و مظهر ورم دموي كبير أمام الأبهر يصل للوجه الخلفي لعظم القص يصل قطره الى 12 سم يقيس جذر الأبهر حوالي 40 مم و القسم البعيد من الأبهر الصاعد حوالي 45 مم - كما هو موضح في الصور أدناه -



لم تتم اجراء قثطرة قلبية للشرايين الاكليلية بسبب خطورة الاجراء حدث لدى المريض أثناء الاستشفاء نوبة نفث دموي كتلي مع علامات صدمة و تم انعاش المريض بنقل الدم و التهوية الآلية و كانت الاستجابة جيدة حيث استقرت الحركية الدموية و توقف النفث الدموي و تقرر عندها التداخل الجراحي العاجل حيث تم التحضير قبل فتح القص بالمباشرة بالدوران خارج الجسم من خلال الاوعية الفخذية و تمت السيطرة على القسم البعيد من الابهر الصاعد و وضع ملقط ابهري و اعطي المحلول الشال في جذر الابهر ثم في فوهات الشرايين الاكليلية بعد الوصول الى لمعة الابهر تم إزالة الخثرات الكبيرة المتراكمة أمام الابهر على امتداد واسع خاصة باتجاه الرئة اليسرى وصولاً الى فوهة الناسور القصي على سطح الرئة . بالاستقصاء وجدت حواف سليمة للأبهر باتجاه الجذر و كذلك في القسم البعيد من الابهر الصاعد و بعد استئصال الجزء المصاب من الابهر الصاعد أجريت مفاغرة طعم انبوبي من الداكرون المموج بين نهايتي القطع و تم اغلاق فوهة الناسور القصي بالاستعانة برقعة من التامور . رفع الملقط الابهري و ألق قلب عفويا بنظم جيبى و تم إيقاف الدوران خارج الجسم مع جرعات متوسطة من الدواعم . بعد فترة قصيرة من نقل المريض الى العناية المشددة بدأت علامات سوء وظيفة البطين الأيسر بالتطور تدريجيا بعد ذلك دون استجابة للجرعات العالية من الدواعم دون وجود ما يشير الى نزف، تطور بشكل مفاجئ لتوقف قلب لم يستجب لمحاولات الإنعاش المتكررة

## المناقشة

النواسير الأبهرية القصبية (ABF) نادرة لكنها مميتة إذا لم تُعالج جراحياً. كان جيراردية Girardet أول من وصف ناسوراً أبهرياً قصبياً ثانوياً للسُل عام 1914. قبل عام 1960، كانت الأسباب المعدية الأكثر شيوعاً هي السُل والزُهري والالتهابات الفطرية. ومنذ ذلك الحين، فإن معظم الحالات التي سجلت حدثت في سياق تصلب الشرايين. يمكن تصنيف النواسير الأبهرية القصبية إلى نواسير بدئية يمكن أن يكون سببها ام دم أبهر متمزقة كما في حالتنا أو بسبب التهابي و نواسير ثانوية تالية لجراحة على الأبهر الصاعد أو الأبهر الصدري و هي أكثر شيوعاً وأكثر ما تصادف النواسير الأبهرية القصبية في الأبهر الصدري (القطعة 3 و 4) بعد ادخال الدعامات stents لاصلاح أمهات الدم (TEVAR) [2]. عرض Amirghofran [1] حالة سريرية لمريض لديه تآذر مارفان بعمر 34 سنة حدث لديه ناسور ابهري قسبي و ام دم ابهر صاعد كاذبة بعد عملية استبدال ابهر صاعد بسبب سلك قص مقطوع . عرض Mitsuishi حالة سريرية لمريض بعمر 84 سنة شخص لديه ناسور ابهري قسبي تال لتمزق أم دم أبهر صاعد كاذبة في الرئة بعد 20 سنة من خضوعه لعملية Bentall [4]. و قد قامت Christiana Anastasiadou بمراجعة 90 دراسة شملت 214 مريضاً [2] و كانت النواسير الأبهرية القصبية تقع في أغلب الأحيان في الأبهر الصدري النازل (المنطقة 3 أو 4) (64.6%) وفي المنطقة 2 (23.8%).

في الحالة التي نصفها هنا من المرجح بناء على الأعراض السريرية حدوث تسلخ أبهر لدى المريض قبل ستة أشهر من المراجعة مع تمدد تدريجي للأبهر الصاعد ثم حدوث التمزق و انفتاح ام الدم الكاذبة على الشجرة القصبية اليسرى حيث بدأت شكوى نفث الدم قبل شهرين من المراجعة و يمكن الشك ان تكون الآفة البدئية التهابية او ورم دموي أو قرحة أبهرية ثاقبة في جدار الابهر [3] و ما يدعم فرضية الا يكون التسلخ هو الآفة البدئية هو كون الآفة محصورة في جزء محدد من الأبهر الصاعد و لم تمتد الى جذر الأبهر أو القسم البعيد من الأبهر الصاعد و قوس الأبهر. أما النتيجة السيئة للتدخل الجراحي فيمكن أن تعزى للعمر المتقدم و عدم دراسة الشرايين الاكليلية بالقثطرة قبل الجراحة حيث انه من المرجح وجود آفات شريانية اكليلية لدى المريض و قد لوحظ أثناء الجراحة وجود عوائد متكلسة منتشرة على الشرايين الاكليلية وبالإضافة لذلك فان دخول المريض في حالة صدمة قبل الجراحة و الحاجة للإنعاش القلبي الرئوي ربما يكون قد أساء الى الإنذار و هو ما يشير لضرورة اجراء التداخل الجراحي بأسرع وقت ممكن بعد التشخيص تجنباً لحدوث نزف صاعق

## الاستنتاج

النواسير الابهرية القصبية آفة خطيرة مهددة للحياة بنسبة عالية و يجب الشك بوجودها عند وجود شكوى نفث دم و قد تحدث كاختلاط لنمزق أم دم الأبهر الصاعد أو تسلخ الأبهر المزمن و يجب اجراء التداخل الجراحي عاجلاً متى وضع التشخيص.

المراجع

- [1] Amirghofran AA, Nirooei E, Ostovan MA. Ascending aorta graft pseudoaneurysm and aortobronchial fistula caused by a fractured sternal wire: a case report. *J Cardiothorac Surg.* 2021 Dec 7;16(1):348. doi: [10.1186/s13019-021-01737-y](https://doi.org/10.1186/s13019-021-01737-y). PMID: 34876204; PMCID: PMC8649677.
- [2] Anastasiadou C, Trellopoulos G, Kastora S, Kakisis I, Papapetrou A, Galyfos G, Geroulakos G, Megalopoulos A. A systematic review of therapies for aortobronchial fistulae. *J Vasc Surg.* 2022 Feb;75(2):753–761.e3. doi: [10.1016/j.jvs.2021.08.108](https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.08.108). Epub 2021 Oct 6. PMID: 34624495.
- [3] Jaime–Jürgen Eulert–Grehn, Jana Veit, Volkmar Falk, Volker Düsterhöft, Hemoptysis due to a primary aortobronchial fistula of the ascending aorta, *European Journal of Cardio–Thoracic Surgery*, Volume 60, Issue 2, August 2021, Page 431, <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezab037>
- [4] Mitsuishi A, Miura Y, Yoshida K, Moriki T, Katsumata Y. Aortobronchial fistula after Bentall procedure treated with elective arch replacement: A case report. *SAGE Open Medical Case Reports.* 2022;10. doi:[10.1177/2050313X221139027](https://doi.org/10.1177/2050313X221139027)