

MUTUELLE
PNC

N° Mle

6663.

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - ~~CONJOINT~~ - ENFANT

NOM : EL BOUSTANI Prénoms : Nazih

Date de naissance : 29.06.59 Sexe : F

PHOTO

Date

10 JUIN 1988

Médecin

Docteur BOUJIBAR M.
Médecin Conseil

Ex. Clinique : Poids

58,500 kgs

Cœur

Normal

T. A.

11 1/2 / 7

Ap. resp.

Normal

Ap. dig.

Normal

Urines

A 0

S 0

Hernies

Nég.

Rôte

Nég.

Varices

Réflexes

NK

Ex. Complémentaires :

Arthro N.P.

Antécédents :

16-4-93 Entorse du 2^e orteil main G.
Reéducation fonctionnelle de la main G.

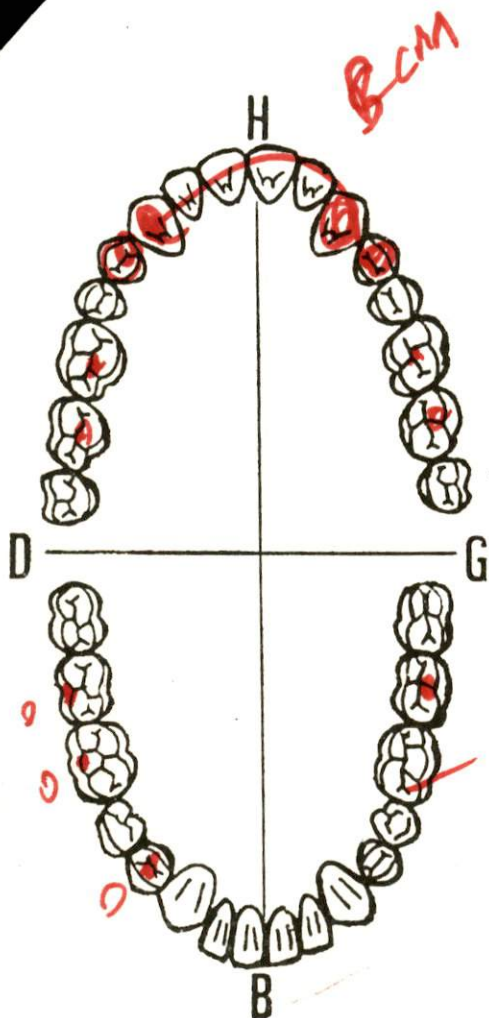
20/9/01 Poids 58 kg = +1
OG = 6,75

8/11/05 Poids 60 kg = +1
OG = 6,75

VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

10 JUIN 1988

OBSERVATIONS:



ATmā

[illegible]

11/11/7 Model of 2 seas R 50 + 100/2
SA Murrell
21/11/7 Al RA + Murrell

21/11/7 Moe R G K 100 + 100/2
Malle S L

28/11/7 1/2 clear K 11/15
clear Murrell K 80 y
5/6/7 clear 1/2 K 11/15
6/6/7 Murrell Al Beebe Beebe
K 100 y

7/6/07 Off du Sun - Echo Laman +
Echo guide for microbio
Ex Murell + Murrell
Puri Sorex

14/6/7 clear 1/2 K 11/15

10/8/7 Paxton 140 y + 1/2 clear K 11/15
30/8/7 clear 1/2 + Paxton
3/9/7 "

24/9/7 Paxton 140 y

27/10/07 Aco SR prescription Medical.

20/4/8 Al KEE R 28/20

19/6/08 SAM Sander

10/7/00 Blanky

6/4/01 Higher & ACE R

24/4/01 echo Acous + echo All/pt

24/5/01 PM pen

31/7/01 Blanky

12/1/10 Name + for Horax + Ek chdophone
Blanky

→ 100/ Volvader x 6m in 1/10/01

11/5/10 Blanky

19/7/10 Novel aux bar 8/4/10 R

13-01-11 Acous in Pae + 1st Volvader
(06 mei) 02-10-2010
1/2/2000 R

24/07/11 → BB on 26/04

25/07/11 H in 19/04 Oncologie

11 NOV. 2011

① Echo of Ash palmie

② Echo of Vx in Con

16 NOV. 2011

① Albatris change = 1st of 20

② BB in 12/10

15/12/11 Echo Lucide + Echo of Vx 71

6663

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

☒ ADHERENT ☐ CONJOINT ☐ ENFANT



Nom : EL BOUSTANI Prénom : NAZHA

Matricule : 6663 Date de naissance : 28/06/59 Sexe : F

Date

Médecin

Ex. clinique : Poids
Coeur
T. A.
Ap. resp.
Ap. dig
Urines [A
S
Hernies
Râte
Varices
Réflexes

Urines [A
S
Hernies
Râte
Varices
Réflexes

Ex. complémentaires :

Antécédents :

Mécanisme des lésions K10

17 MAI 2012

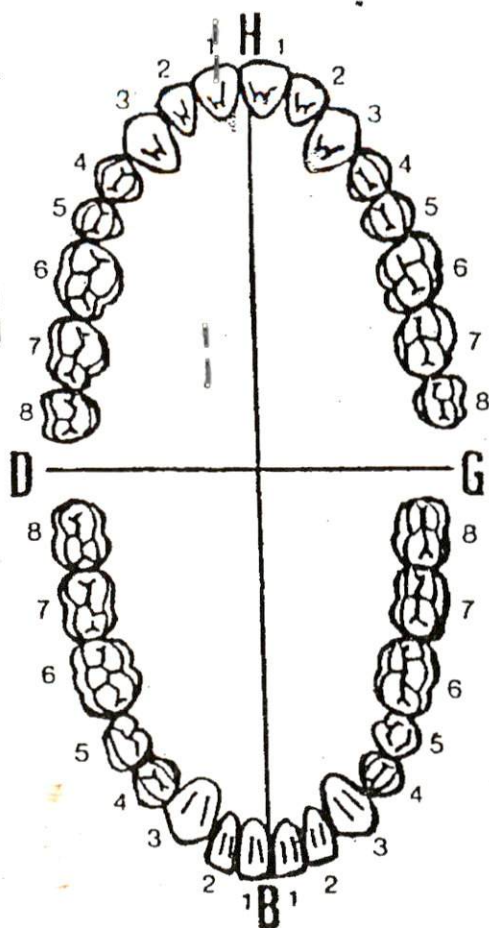
① BR
② Embryon hyper / Néphro / R&P
Embryon Néphro

22 MAI 2012

Néphro + Récidive Néphro
GSI Dorsal K10 + K100
Hémorragies K100 K150

2

OBSERVATIONS:



Dates	Actes	Observations
25.6.19	Acc D540	Bcn one unplants 3 el th (35, 36, 37) (Fennas Redun)
18.7.19	RPR D540	(Acc 25.6.19)

31 MAY 2003

BB On 14/03

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : (05 22) 990 990 (L.G) / 25 81 11 / 990 861

Fax : 05 22 23 45 40

M_h 06663

Tél: 0661.183770.

Casablanca, le 17.5.2012

62868

NOTE CONFIDENTIELLE
DU
MEDECIN TRAITANT

Concernant Mme F. Boustani Nazira

1. Date de la constatation de l'état du Malade.....

2. Renseignements cliniques Sommaires.....

Carcinome Mammaire gauche

Traitement envisagé, correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin
D'information ou à la demande d'entente préalable.

① Exsectomie mammaire gauche et upuis
gastrectomie partielle

② Adjuvants chimiothérapie

1er cycle 5FU - epirubicine - cyclophosphamide
2e cycle 5FU - epirubicine - cyclophosphamide
3e cycle 5FU - epirubicine - cyclophosphamide

22 MAI 2012

OK ~~KISO~~ KISO

Dr. AFIFI Adhane
CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE
ET MAMMAIRE
CANCÉROLOGIE GYNÉCOLOGIQUE
8, Rue Ibnou Yaala El Ifrani - Casablanca
Tél. : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Compte rendu du : 30/04/12

Reçu le : 26/04/12

Réf. : SZ7512E

Mme EL BOUSTANI Nazha

**Adressé(e) par : Dr EL MORCHID
& Dr MSEFER W.**

Nature du prélèvement : Macrobiopsie sous stéréotaxie d'un foyer de microcalcification du sein gauche.

Renseignements cliniques : Patiente traitée pour carcinome mammaire gauche. Foyer de microcalcifications du sein gauche apparu sur un bilan de surveillance. Réf. ant. SZ3417E, SZ817F + Bis & CYZ1920B.

Il est parvenu deux flacons.

I-Premier flacon étiqueté "avec microcalcifications" :

L'envoi concerne quatorze fragments de macrobiopsie mesurant entre 1cm et 5cm de long.

A l'examen histologique, on trouve un tissu mammaire avec quelques images éparses de carcinome intracanalair. Certaines structures canaliculaires sont comblées par un massif plein, fait de cellules montrant des atypies nucléaires assez marquées et des images de mitoses. D'autres montrent une prolifération carcinomateuse avec une large plage de nécrose de type comédocarcinomateux. Certaines des plages nécrotiques, sont centrées par des microcalcifications.

En dehors des foyers carcinomateux, on note des images de métaplasie cylindrique des acini avec atypies.

Les structures carcinomateuses sont parfois entourées par un manchon fibro-inflammatoire.

Il n'est pas noté d'image évidente d'invasion sur ce prélèvement.

II-Deuxième flacon étiqueté "sans microcalcification" :

L'envoi concerne sept fragments de macrobiopsies mesurant entre 1cm et 5cm de long.

A l'examen histologique, on trouve un tissu mammaire avec des plages de dystrophie fibreuse. On retrouve de rares images de structures carcinomateuses nécrosées, calcifiées.

CONCLUSION : Aspect histologique compatible avec un carcinome intracanalair de haut grade, partiellement comédocarcinomateux.
Il n'est pas noté d'image d'invasion dans les limites de ce prélèvement.

Docteur A. EL HAMDAOUI RIFFI



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

6663
Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Compte rendu n° : SX997F

Du : 08/05/07

Nom et Prénom : Mme EL BOUSTANI NEZHA

Adressé(e) par le : Pr EL MANSOURI

Le : 04/05/07

Nature du prélèvement : Recoupes droites + Curage axillaire gauche + Etude immunohistochimique des récepteurs hormonaux et des facteurs de prolifération

Renseignements cliniques :

I-Recoupes droites :

Deux fragments sont examinés, l'un mesure 6cm/4cm/1,5cm, le deuxième mesure 1,5cm/1,5cm/0,8cm.

L'examen macroscopique ne décèle pas de foyer tumoral. Il s'agit d'un tissu fibreux et mastosique comportant de petits kystes dystrophiques dont le plus volumineux mesure 4mm.

A l'examen histologique, le tissu mammaire est remanié par des lésions de dystrophie complexe. On note une importante fibrose remplaçant la vacuolisation adipeuse. Il existe des lésions d'adénose et de fibroadénose à tendance nodulaire par places. On note des lésions en métaplasie mucipare diffuse. Les zones de métaplasie mucipare sont bordées par places par un épithélium régulier, ailleurs on note des atypies épithéliales planes.

Il n'est pas observé de foyer carcinomateux.

CONCLUSION : Absence de lésion carcinomateuse au sein de cette recoupe mammaire droite.

Présence d'une dystrophie complexe avec métaplasie mucipare atypique.

II-Curage ganglionnaire gauche :

Ce tissu cellulo-grasieux pèse 45g (parvenu en plusieurs fragments).

Dix sept ganglions sont retrouvés à ce niveau, ils mesurent entre 2mm et 16mm de grand axe.

L'examen histologique montre la présence d'une métastase ganglionnaire. Cette métastase est très peu différenciée, elle est faite de massifs et de travées associés à de rares structures acineuses. Les cellules tumorales possèdent des noyaux assez volumineux vésiculeux ou hyperchromes avec des atypies modérées. Les cytoplasmes sont peu abondants.

.../...

L'activité mitotique est modérée. On note une effraction capsulaire et une extension à la graisse péri ganglionnaire focalement.

Les autres ganglions montrent une congestion vasculaire, une histiocytose sinusale et une hyperplasie lymphoïde plus ou moins marquée. Certains d'entre eux sont le siège d'une régression adipeuse partielle.

CONCLUSION : Présence d'une métastase ganglionnaire avec effraction capsulaire et extension à la graisse péri ganglionnaire, du carcinome mammaire gauche.

La métastase est assez peu différenciée (1N+/17).

Docteur Z. BENAMOUR BIAZ

LABORATOIRE IBN SINA
DE PATHOLOGIE

Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim
Roudani - Tél: 022.23 08.76 - Casa

PS : Les résultats de l'étude immunohistochimique des récepteurs hormonaux, des facteurs de prolifération et de l'Hercept test vous seront adressés ultérieurement.



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Compte rendu n° : ESX817F

Du : 08/05/07

Nom et Prénom : Mme EL BOUSTANI NEZHA

Adressé(e) par le : Pr EL MANSOURI

Le : 04/05/07

Nature du prélèvement : Nodule du sein gauche + Nodule du sein droit (examen extemporané sur le nodule du sein droit).

Renseignements cliniques :

I-Nodule du sein droit :

La pièce examinée mesure 8,5cm/6cm/4cm, elle est parvenue non repérée, elle comporte un harpon traversant la pièce parallèlement à son grand axe. Ce harpon métallique est excentré sur la pièce. On retrouve au voisinage du harpon une lésion tumorale stellaire très suspecte macroscopiquement de 8mm de grand diamètre avec une épaisseur n'excédant pas 6mm.

Vu sa petite taille, cette tumeur **n'est pas techniquée en extemporané**. Une recoupe est toutefois demandée (tumeur située à 3mm de la berge la plus proximale, les autres marges sont toutes supérieures à 1cm).

L'étude histologique montre que le nodule stellaire de 8mm correspond à un carcinome mammaire invasif. Il présente un centre sclérohyalin siège de remaniements élastosiques. Ce centre est pauci-cellulaire. La périphérie est plus riche en cellules. L'architecture est faite de massifs et de travées épaisses sans structure acineuse. Les cellules tumorales possèdent des noyaux arrondis ou anguleux à chromatine vésiculeuse ou dense avec des atypies modérées. Les cytoplasmes sont faiblement éosinophiles avec un rapport nucléo-cytoplasmique inversé.

L'activité mitotique est modérée (deux mitoses par champ au fort grossissement dans les secteurs les plus actifs).

L'exérèse est totale. La marge la plus proximale ne dépasse pas 3mm.

Le tissu mammaire en dehors est le siège d'une dystrophie complexe. On y observe des lésions d'adénose et de fibroadénose. Il existe des foyers de métaplasie mucipare et cylindrique parfois atypique.

Les remaniements en rapport avec les biopsies antérieures sont retrouvés au niveau des zones dystrophiques.

CONCLUSION : Il s'agit d'une pièce de tumorectomie mammaire parvenue harponnée. On retrouve au voisinage du harpon un nodule tumoral de 8mm correspondant à un carcinome canalaire invasif assez peu différencié de grade SBR II (différenciation : 3 ; atypies : 2 ; mitoses : 2).
.../...

CONCLUSION (suite): L'exérèse est totale.

L'une des marges mesure 3mm, les autres marges sont partout supérieures à 1cm (voir Recoupe, compte rendu SX997F).

Le sein en dehors dystrophique, comporte des zones de métaplasie cylindrique atypique.

II-Tumorectomie du sein gauche :

Il s'agit d'une pièce de tumorectomie mesurant 9,5cm/6,5cm/5cm, pesant 90g parvenue repérée et comportant un harpon.

L'examen macroscopique montre la présence d'une tumeur stellaire de 20mm de grand diamètre, située au contact de la limite antérieure et antéro externe.

Cette tumeur est remaniée par les biopsies antérieures.

A l'examen histologique, il s'agit d'un carcinome invasif. Le tissu néoplasique est fait de massifs et de travées plus ou moins épaisses associés à des structures acineuses. Les cellules tumorales possèdent des noyaux volumineux avec des atypies modérées.

L'activité mitotique ne dépasse pas deux par champ au fort grossissement dans les secteurs les plus actifs.

Le stroma est fibreux assez abondant avec remaniements élastosiques.

Le tissu mammaire en dehors est le siège d'une dystrophie complexe associant des lésions d'adénose floride et de fibroadénose. On note la présence de multiples foyers de métaplasie cylindrique et mucipare. Cette métaplasie cylindrique est parfois atypique. A signaler également la présence de foyers d'hyperplasie intracanaulaire atypique frontière. Il existe des lésions d'adénose à tendance nodulaire.

On note la présence de kystes dystrophiques disséminés.

A signaler la présence de remaniements en rapport avec les biopsies antérieures.

L'exérèse est totale.

Il n'est pas identifié de tissu sain péri lésionnel au niveau de la berge antérieure et antéro externe.

CONCLUSION : Cette pièce de tumorectomie mammaire comporte un nodule tumoral de 20mm (traversé par le harpon).

Il s'agit d'un carcinome canalaire invasif moyennement différencié de grade SBR II (différenciation : 2 ; atypies : 2 ; mitoses : 2).

L'exérèse est totale. Il n'est pas identifié de tissu sain péri lésionnel au niveau de la limite antérieure et antéro-externe. Les autres marges sont supérieures à 1cm.

Docteur Z. BENAMOUR BIAZ

DE PATHOLOGIE

Résidence Roudani, 400, Bd. Brahim
Roudani - Tél: 022.23.05.76 - Casa



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN SINA

Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Compte rendu n° : SX817F Bis

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Du : 11/05/07

Nom et prénom : Mme EL BOUSTANI Naziha

Adressée par le : Pr EL MANSOURI

Le : 04/05/07

Nature de l'examen : Détermination immunohistochimique des récepteurs
hormonaux et des facteurs de prolifération + Hercept test.

Renseignements cliniques : Carcinome canalaire invasif de grade SBR II
bilatéral.

Cette étude est effectuée sur prélèvement tumoral fixé, inclus en paraffine.

***Côté droit :**

I- Récepteurs d'œstrogène (Clone 1D5-DAKO) :

Il existe une positivité nucléaire d'intensité modérée à vive, elle intéresse 50% des cellules carcinomateuses invasives.

II- Récepteurs de progestérone (Clone PgR 636-DAKO) :

Il existe là encore une positivité nucléaire de forte intensité, elle intéresse pratiquement toutes les cellules carcinomateuses invasives.

CONCLUSION : Les récepteurs d'œstrogène et de progestérone sont positifs
(seuil de positivité > ou = à 10%).

III- Ki 67 (MIB 1-DAKO) :

On note une positivité nucléaire de forte intensité et de répartition hétérogène, elle atteint par places, 10% des cellules carcinomateuses.

IV- P53 (Clone DO 7-DAKO) :

Les cellules tumorales apparaissent totalement négatives avec l'anti P53.

CONCLUSION : Absence de surexpression de l'oncoprotéine P53.

V- Détermination immunohistochimique du statut Her2 Neu :

Cette étude est effectuée selon le protocole de l'Hercept test de DAKO.

La lame patiente traitée par l'anticorps primaire montre l'absence de positivité au sein des cellules carcinomateuses invasives.

CONCLUSION : Absence de surexpression de Her2 Neu
Hercept test négatif de score 0.

.../...

***Côté gauche :**

I- Récepteurs d'œstrogène (Clone 1D5-DAKO) :

Il existe une positivité nucléaire d'intensité modérée et de répartition hétérogène, elle est estimée à 15% des cellules carcinomateuses invasives.

II- Récepteurs de progestérone (Clone PgR 636-DAKO) :

Il existe une positivité nucléaire de forte intensité, elle intéresse une grande partie des cellules carcinomateuses invasives (pratiquement 100%).

CONCLUSION : Les récepteurs d'œstrogène sont faiblement positifs. Les récepteurs de progestérone sont fortement positifs (seuil de positivité $>$ ou $=$ à 10%).

III- Ki 67 (MIB 1-DAKO) :

Il existe une positivité nucléaire de forte intensité, elle atteint par places 10% des cellules carcinomateuses invasives.

IV- P53 (Clone DO 7-DAKO) :

Il existe une positivité nucléaire estimée à 10%.

V- Détermination immunohistochimique du statut Her2 Neu :

Cette étude est effectuée selon le protocole de l'Hercept test de DAKO.

La lame patiente traitée par l'anticorps primaire montre l'absence de positivité au sein des cellules carcinomateuses invasives.

CONCLUSION : Absence de surexpression de Her2 Neu
Hercept test négatif de score 0.

Docteur Z. BENAMOUR BIAZ

LABORATOIRE
D'ANALYSES
RESIDENCE ROYAL
BORDJ - Tél: 022 21 76 76 - Casa