

## FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - ~~CONJOINT~~ - ENFANT

NOM : KILLOU Prénoms : Hassan

Date de naissance : 1956 Sexe : M

PHOTO

Date 31 MARS 1978

Médecin D<sup>r</sup> BOUJIBAR

Ex. Clinique : Poids 59 kg  
 Coeur N.  
 T. A. 11/6  
 Ap. resp. RAS  
 Ap. dig. RAS

Urines | A 0  
 | S 0  
 Hernies Néant  
 Râte N.  
 Varices /  
 Réflexes N.

Ex. Complémentaires :

Antécédents :

11-04-94 Appendicéctomie D = YANSSOUDE

21/1/07 Lésions folliculaires Ad Ad + (Muc)  
 Green Uvèle  
 18/1/9 Tumor bilobé Ductal TML

17/3/9 Sp Ulcère - Fibro + Myofibro - H  
 fibrocy - Neo étendue - T

12/5/99 Absence args - 1 yr - 1V2

21/5/09 SK150 Church - Adams Creek  
Gastropod

12/6/09: Goshubone blake (K200) + 8

71 HP - Project = Atomok Paper  
Radio free

7/7/9 Friday - 100M Thompson died

9/7/09 Chynoweth  $\rightarrow$   $\int_{\gamma} (iv_n)$   
2/11/08

18 H P clear 4/8 1/2 Kyr  
24 18/8 clear 4/8 1/2 Kyr

1st 18/1/19 clear Tm 14/1/19 all n  
2nd 11/2/19

866  $\mu$  Echo Kd Theorem 748 R

22/02/11 maladie néoplasique Echote 26/11/11  
+ BBe 24/2/22

01/07/11 + BBA 29/9/22  
 ① Lettices Versculie Kro??  
 ② Hoop rij Ream + rij ch - N<sub>2</sub> + BB

02 DEC. 2011

↓ Slowly increase of dose  
⇒ Echo + BB

30 MAI 2012

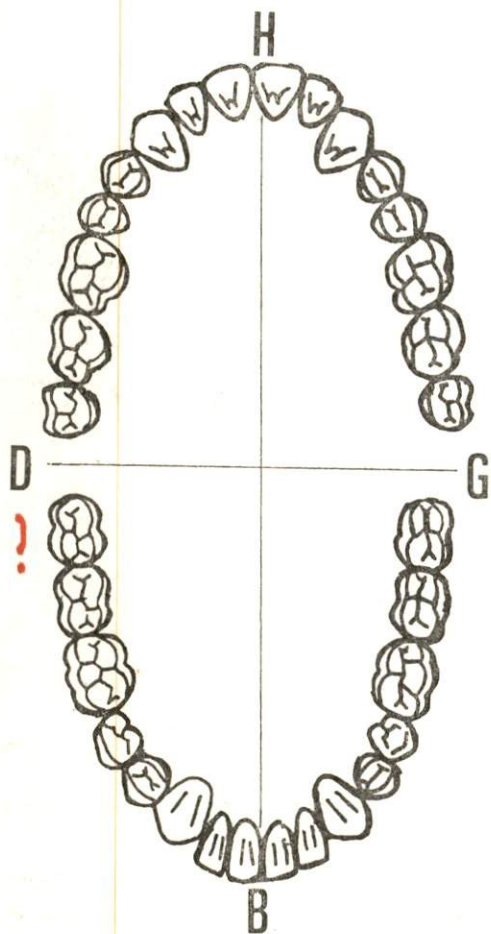
AI 2012  
New Sponsor Sean Howard  
Ross



# VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

OBSERVATIONS :

*RAS.*



Dates	Actes	Observations
10.9.98	47 (obt canal + Aug) D28 15 (ext) D6	D <sup>r</sup> TIFNOUti.A.
13/5/02	25 D22 + 45 D18 + 46 D28.	
05 NOV 2007	47 ext D10	
16/6/09	33-44 TR + -SR D20 + D25	
17.05/2011	Tft canaline + cp 16	D25 + D10

31-01-13 SU in lac (mabster no 06)  
Lorpe 015 mac) 98-12-12

12 9 Sept 2016

Cyrtus H le 18/08

22/5/19 Aue uine + Puyallio +  
RFA

1/3/19 B3 + TMM + B  
et 2/3/19 B (2/3/19)

Aucun film précédent n'est disponible pour la comparaison au group médical de pitié. La PA et les vues latérales montrent une densité dans le lingual latéralement le cœur, trachée d'aorte, mediastnum et la vascularisation pulmonaire sont un remarquable. Aucun anomalie du thorax osseux est vue.

Impression :

La densité dans le lingual latéralement, ceci peut représenter la pneumonique mais la possibilité de malignité ne peut pas être éliminé, des films de suivi sont recommandées en un mois ou plus tôt, si ceci ne résout pas, un balayage de CT du thorax serait indiqué pour éliminer la malignité.

Un rapport préliminaire a été présenté au soin pressant à 10:00 le 09/17/06.

Le thorax :

PA et les vues latérales du thorax, comparés à un examen antérieur du 09/09/03, Montrant la résolution complète du pneumonique linguax précédemment remarquable en filtrat, les gisements de poumon sont clairs, aucune pathologie n'est notée au co ur et le mediastnum, aucune pathologie pleurale osseuse n'est noté.

Impression :

La résolution a laissé la pneumonie linguax.



Histoire : le criblage par la condition non spécifiée divise la tumeur et l'hémoptysie de la difficulté de respiration.

Technique : des images axiales de 5 mm ont été construites de la respiration d'une acquisition hélicoïdale multi tranches des apex de poumon par les glandes surrénales sans contraste.

Résultat : visualisé le petit type réactif nodules de la glande de thyroïde un remarquable également remarquable dans une cavité corticopulmonaire dans le secteur paratracheal. Aucune masse évidente dans le secteur hilare, le secteur axillaire ou le secteur de médiastinal. Aucune cardiomégalie ou effusion péricardique. La peut être une hernie hiatale minuscule. Les poumons n'indiquent aucune masse dans la voie aérienne centrale. Le marquage minimal avec les nodules minuscules mesurant tout moins de 3,5 mm ou long axis sont notés dans les aspects bilatéralement. La densité inégale modulaire minimale dans la zone des poumons bilatéralement dans le bon segment postérieur latéralement du lobe supérieur droit et dans la gauche dans le secteur supérieur linguale au secteur mi-linguale. Ce sont très probablement post-inflammatoires dans la nature. Aucune masse dominante. Ces nodulaires mesurent environ 2 mm ou tellement. Aucune consolidation ou effusion. Supérieur limite par effusion n'indique aucune anomalie. Aucune impression osseuse de distraction.

De sens : la densité modulaire est in égale deux degréé dans le mi-poumons car la zone bilatéralement, comme décrit ou dessous ces derniers sont les plus postinflammante susceptible en nature.

Aucune mass ou module dominant si le passion a un gros risque de cancer de considérer le suivi dans 3-4 mois.

Si il n y a aucun risque de cancer on peut considérer le suivi dans 12 mois.



PHILIP M BACH M.D.  
500 UNIVERSITY AVE  
SACRAMENTO, CA 958250000

\*\*\*Final Report\*\*\*

PATIENT: KILLOU, HASSAN  
DOB: 04/01/1956  
REFERRED BY: BACH, PHILIP M

EXAMINATION DATE: 11/17/2006

HISTORY: SCREENING FOR UNSPECIFIED CONDITION. SEVERE COUGHING AND  
DIFFICULTY BREATHING. HEMOPTYSIS.

EXAMINATION: CT LUNG SCREENING W/O - (C04/0100)

COMPARISON: None.

TECHNIQUE: 5 mm axial images were constructed from a breath-hold multi-slice helical acquisition from the lung apices through the adrenals without contrast.

FINDINGS: Visualized thyroid gland unremarkable. Small reactive type nodes also noted in aorticopulmonary window recess in the paratracheal area. No obvious mass in the hilar area, axillary area or mediastinal area. No cardiomegaly or pericardial effusion. There may be a tiny hiatal hernia. The lungs reveal no mass in the central airway. Minimal scarring with tiny nodules all measuring less than 3.5 mm in long axis are noted in the apexes bilaterally. There is minimal nodular patchy density in the mid-lung zone bilaterally in the right posterior segment laterally of the right upper lobe and in the left in the superior lingular area to mid-lingular area. These are most likely postinflammatory in nature. No dominant mass. These nodular densities measure about 2 mm or so. No consolidation or effusion.

Limited upper abdomen reveals no significant abnormality. No bony destruction.

**IMPRESSION:**

PATCHY NODULAR DENSITY OF MILD DEGREE IN THE MID-LUNG ZONE BILATERALLY, AS DESCRIBED ABOVE. THESE ARE MOST LIKELY POSTINFLAMMATORY IN NATURE. NO DOMINANT MASS OR NODULE. IF PATIENT HAS A HIGH RISK OF CANCER MAY CONSIDER FOLLOW-UP IN 3-4 MONTHS. IF THERE IS NO INCREASED RISK OF CANCER MAY CONSIDER 12 MONTH FOLLOW-UP.

INTERPRETED BY: HUU NINH V. DAO MD  
TRANS BY: PK  
File #: 000001047949  
Accession #: 6396989  
cc:

ACC: 4218169  
/ISIT: 9999999  
DOB: 1-Apr-1956

KILLOU, HASSAN  
(H) (916) 689-7053  
MRN: 9-010179247

MERCY MEDICAL GROUP  
a service of CHW Medical Foundation  
DOWNTOWN OFFICE  
3160 FOLSOM BLVD, SACRAMENTO, CA 95816

REF by:

MILES, DONALD A, MD  
3160 FOLSOM BLVD.  
URGENT CARE  
SACRAMENTO, CA 95816

Radiology

DCH2

CHEST, 2V/PA,LAT

Exam: 4218169

Done on: 6-Sep-2006 17:58

CPT4: 71020

ICD9: 486

Dx: 786.2

Hx: COUGH FOR ONE YEAR

CHEST

No previous film is available for comparison at Mercy Medical Group.

PA and lateral views show a density in the lingula laterally. The heart, aorta, trachea, mediastinum, and pulmonary vasculature are unremarkable. No abnormality of the bony thorax is seen.

IMPRESSION:

Density in the lingula laterally. This may represent pneumonia but the possibility of malignancy cannot be ruled out. Follow-up films are recommended in one month or earlier. If this does not resolve, a CT scan of the chest would be indicated to rule out malignancy.

A preliminary report was given to Urgent Care at 10:00 AM on 09/07/06.

Dictated by: CHARLES DO MD

/SIGNED/

Technologist: Noelle Parnell, CRT  
Transcribed by: Judith Maddox

Physician Reviewed: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

[ ] OK to File

Follow-up(if needed): \_\_\_\_\_

Date of Reprint: 20-Oct-2006

[End of Report]



**LABORATOIRE "AL FADLE"**

d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

Docteur Abdelouahad MARRAT

Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologie

**مختبر « الفضل »**

للتشريح المرضي

الدكتور عبد الواحد مرات

طبيب متخصص في التشريح المرضي

## DUPLICATA

Reçu le : 13/02/2009

Répondu le : 18/02/2009

Siège du prélèvement : Estomac.

Mr KILLOU HASSAN

Envoi du docteur : Pr. DAALI

Réf : B902177

**Renseignements cliniques :** 52ans. Néo de l'estomac. Gastrectomie totale + Curage.

**COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE**

Il est parvenu une pièce de gastrectomie totale mesurant sur la grand courbure 31cm et 16cm sur la petite courbure. Elle est le siège d'un foyer ulcéré situé à 8cm de la limite de la résection inférieure de 2cm blanchâtre ulcéré en surface avec infiltration superficielle de la paroi. Le méso est épaissi en regard. A distance, le relief muqueux est conservé.

D'autre part, il est parvenu un tissu épiploïque de 50cm/19cm renfermant deux nodules de 2cm de grand axe chacun blanchâtres denses.

A l'examen microscopique, il s'agit d'une prolifération tumorale organisée en structures glandulaires et en massifs cribriformes. Elle est faite de cellules riches en atypies cytonucléaires avec quelques mitoses anormales. Cette tumeur est ulcérée en surface recouverte de matériel fibrino-leucocytaire. Elle infiltre le chorion et dissocie la musculaire muqueuse et sans envahissement de la musculuse.

La muqueuse à distance est le siège de remaniements inflammatoires chroniques.

Les limites d'exérèse supérieure et inférieure sont passées en zone saine.

Le curage sur la petite courbure a ramené 13 ganglions uniquement réactionnels et non métastatiques.

Le curage sur le méso a ramené 11 ganglions dont deux mesurent entre 1 à 2cm de grand axe. Ces deux derniers sont massivement infiltrés par la prolifération tumorale sous forme de structures tubulo-glandulaires et de massifs cribriformes. La capsule est fibreuse peu épaisse avec des calcifications. Les autres ganglions sont uniquement réactionnels et non métastatiques.

**CONCLUSION**

**Adénocarcinome gastrique bien différencié ulcéré en surface et infiltrant le chorion et la sous muqueuse sans envahissement de la musculuse. Les limites d'exérèse sont passées en zone saine.**

**Métastases ganglionnaires (2 ganglions envahis sur 24 ramenés sur la petite et la grande courbure).**

**Il est classé PT1N1 selon l'UICC.**

Dr MARRAT

Dr MARRAT Abdelouahad  
Médecin Pathologiste

إقامة أميطاف : شارع يعقوب المنصور (قرب فندق الكبير) الطابق الثاني شقة رقم 5 - مراكش  
Res. AMITAF Av. Yaâcoub El Mansour (à côté hotel El kabir) 2ème Etage Appt. N° 5 - Guéliz - Marrakech  
Tél. : 05 24 44 82 44 - Fax : 05 24 44 97 98 - E-mail : laboratoirealfadle@menara.ma



Dr. Najib BOURAS

Spécialiste en Oncologie-Radiothérapie  
Lauréat des Facultés de médecine Casablanca et Bordeaux  
Ex Enseignant aux Facultés de Médecine de Casablanca  
et de Marrakech  
Ex Vice doyen à la Faculté de Médecine de Marrakech  
Chimiothérapie à l'hôpital de jour

الدكتور نجيب بوراس

اختصاصي في الأندولوجيا والعلاج بالأشعة  
خريج كليتي الطب الدار البيضاء وبوردو  
أستاذ بكليتي الطب بالبيضاء ومراكش سابقا  
نائب عميد كلية الطب بمراكش سابقا  
العلاج الكيميائي بالمستشفى النجاشي

Cabinet  
d'oncologie  
Marrakech

Marrakech le 03 Juillet 2009.

Le :

## Compte – rendu pour Radiothérapie

Je me permets de vous confier **Mr. KILLOU Hassan**, née en 1956, retraité  
RAM, marié et père de 4 enfants, mutualiste MUPRAS

**Antécédents** : Tabagique chronique .

Epigastralgie chronique. Fibro gastrique tumeur pylorique biopsie +

TDM Abdomino – pelvienne du 07/02/2009 : POE bulbo – duodénal, contact  
intime avec la tête du pancréas, pas d'adénopathie rétro – péritonéale, le patient  
a été opéré le 10/02/2009 : gastrectomie totale + curage.

Anapath (réf.B902177 Dr. MARRAT) : Adénocarcinome gastrique bien  
différencié infiltrant le chorion sous muqueuse sans envahissant de la  
muscleuse , limites d'exérèse saines, 2N+/24 sur la petite et grande courbure.

**Au total** : pT1 N1 M0

Le patient a reçu 2 cures de chimiothérapie d'induction (2<sup>ème</sup> cure délivrée le  
29/05/09).( FUFOL Mayoclinic )

Je vous l'adresse pour radiothérapie sur lit tumoral et les gires ganglionnaires  
adjacentes

Amicalement.

Professeur Najib BOURAS  
Oncologie Radiothérapie  
Résidence : Camp El-Ghoul, Cuélliz  
Abat 024 42 13 13

إقامة إريس، رقم 6، نقطة القائد أريغوي  
مخيم الغول، جليلز مراكش  
Résidence ISIS, 6 rue Capitaine Arrigui  
Camp El-Ghoul, Cuélliz Marrakech  
Tél: 024 42 13 13 - Fax: 024 43 65 43  
E-mail : najib.bouras@gmail.com