

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

NOM : KILLOU

Prénoms : Hassan

Date de naissance : 1956

Sexe : M

PHOTO

Date

31 MARS 1978

Médecin

Dr BOUJIBAR

Ex. Clinique : Poids 59 Kg

Urinés | A 0
Coeur N S 0

T.A. 11/6

Hernies Néant

Ap. resp: RAS

Râte N.

Ap. dig. RAS

Varices

Réflexes N

Ex. Complémentaires :

Antécédents :

11-04-94 Appendicectomie Dr YANSON DR

21/10/07 Lees pole Ad RL + (Kg)
8(21) Lees pole
Tun Ello Dresde TMI17/3/98 Ed Uterus → Fibro + Myom → Ut
Endo by → Nes etoile →

12/15/09 Nidovirus aves - 1 year + $\frac{1}{2}$

21/15/09 SK 15 Chiro. Adenos Cacah
Gastric

12/16/09: Gastrokone lith (Kroo) + 8

21/16 - Match = Adenok polyp
Radius fibrosee

7/17/09 fibroly - ROM broken end

9/17/09 Chirokone - 5y (5m)

18/17/09 clees 4/10 UK

21/17/09 clees 4/10 UK

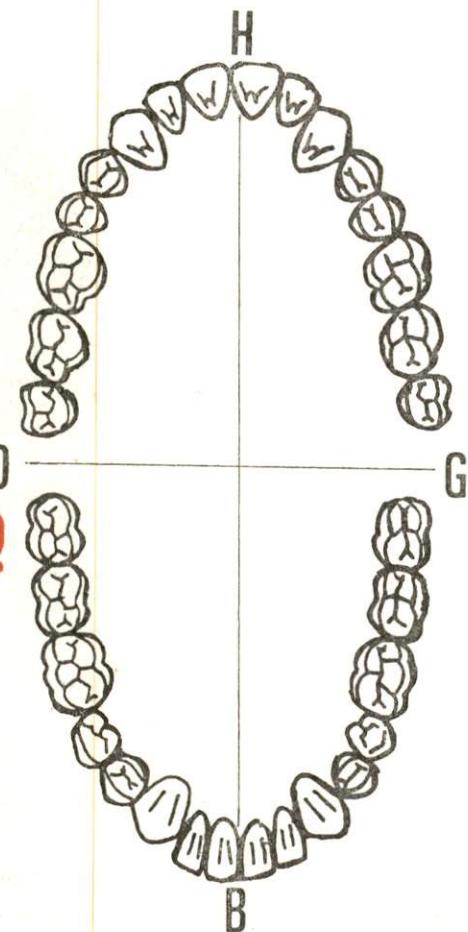
8/6/10 echo Ad Thomas + al n

22/10/11 maladie néoplasiques Echo de 26/10/11
+ BBB le 24/12/12

21/10/11 + ① le thymus Visculaire kgo??
② Hoop nj Rean + nj ch. NG + BB

02 DEC. 2011
A Stomach Thymus
=> Echo + BB

30 MAI 2012 New Stomach Scan, thymus NG
BB



VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

OBSERVATIONS : RAS.

Dates	Actes	Observations
10.9.98	47 (obt canal + Aug) D28 15 (ext) D6	D ^r TIFNOUTI A.
13/5/02	25 D22 + 45 D18 +	46 D28.
05 NOV 2007	47 ext D70	
16/6/09	33-44 TR + - 82 D20 + 125	
17/05/2011	Ttb canalaire + cp 16	D ₂₅ + D ₁₀

31-01-13 sur de lau (matare neopl.
Lorpe elts mac) 99-12-12

12 9 Sept 2016

Cryptid 11 de 18/08

21/03/19 Avenue + Puente +
RFA | $\sqrt{BB} = TM + \bar{B}$

1/03/19 $B(2/3/19)$
et 08/03/19

Aucun film précédent n'est disponible pour le 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 linguaux 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 linguaux.

Histoire : le criblage pur la condition non spécifiée divise le taux 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 tranche des apex de poumon par les glandes surrénales sans contraste.

Résultat : visualisé le petit type réactif n° 0 de la glande de thyroïde un remarquable également remarquable dans une cavité orthopoulonar dans le secteur paratracheal. Aucune masse abvious dans le secteur hilare, le secteur axillaire ou le secteur de mediastinal.
Aucun cardiomégalie ou effusion péricardique. La peut être une hernie hiatale minis cule. Les poumon n'indiquent aucune masse dans la voie aérienne centrale. Le marquage minimal avec les modules minis cule mesurons tout moins de 3,5 mm ou long axis sont notés dans les aspects bilatéralement. La est densité inégale modulaire minimal dans la zone de mis poumons bilatéralement dans le bon segment postérieur latéralement du lobe supérieur droit et dans la gauche dans le secteur supérieur linguaux au secteur mi-linguaux. Se sont très probablement postaflomatoire dans la nature. Aucune mass est dominant. Ces nodulaires mesure environ 2 mm ou tellement. Aucune consolidation ou abdomen. Supérieur limite par effusion n'indique aucune anomalie. Aucune impression osseuse de distraction.

De sens : la densité modulaire est in égale deux dégréé dans le mi-poumons car la zone bilatéralement, comme décrit ou dessous ces derniers sont les plus postinflammamente 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
VISIT: 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

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): _____
[End of Report] Date of Reprint: 20-Oct-2006



مختبر «الفضل»

للتشريح المرضي

الدكتور عبد الواحد مرات

طبيب متخصص في التشريح المرضي

LABORATOIRE "AL FADLE"
d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
Docteur Abdelouahad MARRAT
Médecin Spécialiste en Anatomie Pathologie

DUPPLICATA

Reçu le : 13/02/2009

Mr KILLOU HASSAN

Répondu le : 18/02/2009

Envoi du docteur : Pr. DAALI

Siège du prélèvement : Estomac.

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 grande courbure 31cm et 16cm sur la petite courbure. Elle est le siège d'un foyer ulcéreux situé à 8cm de la limite de la résection inférieure de 2cm blanchâtre ulcéreux en surface avec infiltration superficielle de la paroi. Le méso est épaisse 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 cribiformes. 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 infiltré le chorion et dissocie la musculaire muqueuse et sans envahissement de la muscleuse.

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 cribiformes. La capsule est fibreuse peu épaisse avec des calcifications. Les autres ganglions sont uniquement réactionnels et non métastatiques.

CONCLUSION

Adénocarcinome gastrique bien différencié ulcéreux en surface et infiltrant le chorion et la sous muqueuse sans envahissement de la muscleuse. 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
Medecin 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 App. N° 5 - Guéliz - Marrakech

Tel. : 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 الأنکولوجيا والعلاج بالأشعة
خريج كلية الطب الدار البيضاء، وبوردو
أستاذ بكلية الطب بالبيضاء ومرافق سابق
نائب عميد كلية الطب بمراكش سابق
العلاج الكيميائي بالمستشفى التشاري

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 chronoque .

Epigastralgies chronique. Fibro gastrique tumeurpylonique 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 musculeuse , 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^{ème} cure délivrée le 29/05/09).(FUROL Mayoclinic)

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

Amicalement.



Dr. Najib BOURAS
Professeur
Oncologue
Résidente
Al-SIGH Camp 421313