

STUELLE

FICHE INDIVIDUELLE

N° M<sup>le</sup>

856  
3834

10

Bénéficiaire : ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

Nom

Tou RAO,

Prénoms

Mohamed

Sexe

M

Né le

en 1950

à

Khomibga.

Photo

Rayé de la Mutuelle le

VISITE D'ADMISSION

MEDECIN CONTROLEUR

30 JAN. 1969

Apr

15/1/88 Telleu a été vu par le médecin  
Nectactes super + super 60% PP  
8/2/88 Hespélél 1/1 60%  
9/3/88 Hespélél Nectactes super + super  
19/2/88 = Tumbulua? ! goughan mediatinele  
Beet per Hespélél p M  
21/7/02 Pimokunuo + Bl  
22/11/01 Bl rep 11/4/01  
TRT pectolone

**VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE**


The image shows two musical staves illustrating the chromatic scale from D to G. The left staff is labeled 'H' (half note) and the right staff is labeled 'B' (quarter note). Both staves show the notes D, D#, E, E#, F, F#, G, with fingerings indicated by numbers 1-8.

**Left Staff (H):** The notes are D (fingering 8), D# (fingering 7), E (fingering 6), E# (fingering 5), F (fingering 4), F# (fingering 3), G (fingering 2). The notes are repeated on the right side with fingerings 1 through 8.

**Right Staff (B):** The notes are D (fingering 5), D# (fingering 4), E (fingering 3), E# (fingering 2), F (fingering 1), F# (fingering 1), G (fingering 2). The notes are repeated on the right side with fingerings 1 through 5.

- RAS -

13/4/4



21 | 5 | 04

36-37 270

31/5/04

23-24-15 3070

Dents manquantes.

## Dents malades

## Prise en charge soins

Dents saines (après trois mois) ..... le .....

Dents malades 4<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> mois 20 % le .....13<sup>e</sup> au 24<sup>e</sup> mois 40 % le .....25<sup>e</sup> au 36<sup>e</sup> mois 60 % le .....

Après trois ans 80 % le

### Prise en charge prothèse

Dents non manquantes et saines (un an) le .....

Dents manquantes et dents malades (trois ans) le .....



# OBSERVATIONS

14/7/05 hells  $OD = -5.00 (-0.75) \text{ at } 50'$   
 $OB = -4.75 (-1.00) \text{ at } 170'$  / add = +2.75

27/9/07 <sup>Redarrows</sup> Balm 2nd → Pectoris (K10) & Balm  
 → M

28/07/2010,  $OD = -4.25$ , Add + 2.75  
 $OB = -4.00 (-0.75) \text{ at } 160'$  Add + 2.75

04/05/11 D + Pelvic 4 + Echo + BB



854

# FICHE MEDICALE D'ADMISSION

☒ ADHERENT ☐ CONJOINT ☐ ENFANT

Nom : Tou RAG Prénom : MOHAMED  
Matricule : 854 Date de naissance : 1950 Sexe : M.



Date

Médecin

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

Ex. complémentaires : .....

Antécédents : .....

06 DEC. 2012 *epicondylite coude dr OK 12/12/12*

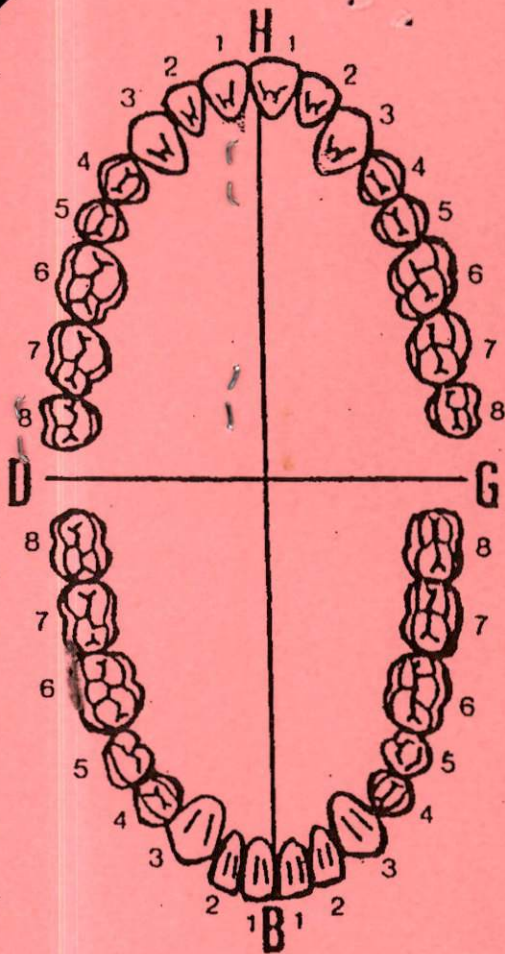
28 MARS 2013 *OD - 4,25  
OG - 3,75 astig + 2,75*

23 JAN 2014 *Vertige H ch 9/10*

-6 FEV. 2015 *PEC pour IRN cerebrale*



**OBSERVATIONS:**



Dates	Actes	Observations
	BPR D85 @ Z5	Bio tobt (34, 35, 36) + 2
5-9-18	Ace D10 Ext 37	(Najjara Amura)
12-9-18	Ace D100 (Implant + eccn) 37 (+) eccn 35	(Najjara Amura)
19-9-18	BPR D10 (Ace 5-9-18)	



-2 MARS 2015

01 - 3,75

06 - 3,75

05-07-15

11-03-15 OK R47 affected neurologique.  
Wt 02 wts (05-07-15) +  
inter

13-02-15 OK R47 M. 1010 + A. 1100  
Echo ves. + Renale (25-06-15)  
+ b. 100 (p. 10 + PSA) 27-06-15  
+ 1000

24-10-18 OK R47. 0100 Ten 1.00. 1000  
C + Echo + Traclet 1000  
+ 1000 PSA 28-08-18





Monsieur le Docteur L. KARSENTY

Monsieur le Professeur P. BLOCH

LD

N° Dossier : 96035097-131668-3152159

**COMPTE RENDU OPERATOIRE DE Monsieur TOURAQ**

**Mohamed**

(Né le 05-05-1950)

Opéré le 11/09/1998

CHIRURGIEN : Docteur P. KLEINMANN

ANESTHESISTE : Docteur O. GARAUD

**STENOSE EXTRINSEQUE DE L'OESOPHAGE THORACIQUE°**

**Clinique :**

Patient de 47 ans, fumeur à 20 paquets/année, ayant stoppé son intoxication tabagique en 1995 présentant une dysphagie haute depuis mai 1998. Aggravation progressive de celle-ci, sans altération de l'état général. A noter en mars 1998 une douleur rétro-sternale aiguë avec une fièvre à 40° régressive en 48 heures.

**Antécédents** : appendicectomie.

**Examens complémentaires :**

- Fibroscopie bronchique normale.
- Fibroscopie oesophagienne : présence d'une sténose inflammatoire de l'oesophage au niveau de son tiers moyen. De multiples biopsies seront toutes négatives.
- Sur le scanner thoracique, présence d'une coulée ganglionnaire sus-bronchique gauche remontant jusqu'à la partie toute basse du bord gauche de la trachée, comprimant le bord gauche de l'oesophage. Parenchyme pulmonaire normal. Pas d'épanchement pleural.

**Examen clinique** : pas d'adénopathie cervicale. Thyroïde normale.

Décision d'un abord des ganglions médiastinaux.

**Lésions observées** : on retrouve sur le bord supérieur de la bronche souche gauche et sa face antérieure, des ganglions très durs et inflammatoires.

**Examen extemporané** : celui-ci retrouve des granulomes tuberculoïdes avec nécrose très évocateurs d'une tuberculose médiastinale.

**Docteur P. KLEINMANN**

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris*

*Ancien Chef de Clinique Assistant*

**Chirurgien Thoracique**

*Chirurgien de l'Hôpital Saint Joseph*

**INTERVENTION : EXERESE DE GANGLIONS SUS-BRONCHIQUES GAUCHES  
PAR MEDIASTINOSCOPIE**

Incision horizontale sus-manubriale.

Ouverture de la ligne blanche du cou.

Dissection de la face antérieure de la trachée thoracique, jusqu'à la carène.

Mise en place du médiastinoscope.

Sous contrôle de la vue, ablation de plusieurs fragments ganglionnaires pré-carenaire et sus-bronchique gauches. Un fragment est envoyé en bactériologie pour recherche de B.K.

L'extemporané confirme la présence de nécrose et de granulomes tuberculoïdes évoquant une tuberculose. Il n'y a pas de signe de malignité.

Drain de redon.

Fermeture de la ligne blanche du cou par un surjet de vicryl 4/0.

Surjet sur la peau.

Docteur P. KLEINMANN







DOCTEUR PATRICK BLOCH

PROFESSEUR DES UNIVERSITES  
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CANCEROLOGUE  
CHIRURGIE DIGESTIVE ET VASCULAIRE

Aubervilliers,  
le 14/08/1998

Monsieur TOURAQ Mohamed  
14, rue d'Estienne d'Orves

92700 COLOMBES

LD

Cher Monsieur,

Je viens de recevoir les deuxièmes biopsies qui avaient été faites par le docteur KARSENTY à la clinique Pereire. Celles-ci ne montrent que des lésions inflammatoires non spécifiques. Il est donc impossible dans l'immédiat de vous donner un diagnostic précis, les deux hypothèses les plus probables étant soit une tuberculose, soit un lymphome, ce que vous avons déjà évoqué.

Dans ces conditions, afin de ne pas commencer un traitement à l'aveugle, je vous propose que l'on fasse un prélèvement de façon plus large que les fois précédentes par une méthode un peu plus invasive qui est la médiastinoscopie. Si vous en convenez, je vous propose un rendez vous avec le docteur KLEINMANN (spécialiste de ces techniques), afin de pouvoir avancer dans votre diagnostic et donc votre traitement.

**MARDI 8 SEPTEMBRE 1998 à 15 H 20 (150 Frs) à la Polyclinique.**

En restant à votre entière disposition, je vous prie de croire, Cher Monsieur, en l'assurance de mes sentiments dévoués.

Professeur Patrick BLOCH



# CABINET DE RADIOLOGIE

**Dr. AKIKI Mustapha**

Spécialiste en radiologie  
Ex. Enseignant à la Faculté  
de Médecine.

&

**Dr. BERRADA M. Az el Arab**

Spécialiste en radiologie  
Ex. Enseignant à la Faculté  
de Médecine

Scanner Spirale - Radiologie générale - Echographie - Doppler Couleur - Mammographie  
Radio-Panoramique Dentaire

*Casablanca Le , 14 avril 1998*

**NOM ET PRENOM** : MR. <sup>TOURAD</sup>~~FERRAK~~ Mohamed  
**MEDECIN PRESCRIPTEUR** : DR. CHRAIBI  
**NATURE DE L'EXAMEN** : T.D.M THORACIQUE

## COMPTE RENDU

### TECHNIQUE :

Examen tomодensitométrique réalisé en acquisition spiralee avant et après injection de l'opacifiant iodé avec mise en place d'une sonde oeso-gastrique. Reconstruction en coupes axiales de 5 et 10 mm et multi-planaires frontales et sagittales dans l'axe de l'oesophage thoracique.

### RESULTAT :

- Mise en évidence d'un épaississement de la paroi postéro-laterale gauche de l'oesophage thoracique au niveau du son segment supérieur ; cet épaississement mesure 10 mm d'épaisseur et s'étend sur une longueur de 5 cm environ. Il est constitué par une structure de densité tissulaire isodense au reste de la paroi oesophagienne sans nette prise de contraste après injection du produit de contraste.
- Cet épaississement de la paroi oesophagienne respecte l'aorte thoracique avec un liséré graisseux de séparation et respecte également la paroi postérieure de la trachée et de la bronche souche gauche.
- Absence d'adénomégalie médiastinale de taille significative.
- Parenchyme pulmonaire et hépatique sans particularité notable.

### CONCLUSION:

*Epaississement de la paroi postéro-laterale gauche du tiers supérieur de l'oesophage thoracique évoquant à priori un processus bénin (leiomyome probable).  
Un contrôle histologique reste cependant indiqué.*

Confraternellement  
**DR. BERRADA Az.**

Adresse : 27, rue Ilya Abou Madi (ex. Buffon) quartier Gautier-Casablanca.

Téléphone : 20/34/57- 20/34/58 Fax 47/40/09

Cabinet de radiologie  
**DRS - AKIKI, BERRADA**  
27 - Rue Buffon Gautier  
tel : 203 34 57