

PENGALAMAN KLINIS PENANGANAN SCHWANNOMA SINONASAL (Laporan Kasus)

Fransiska Hutahaean, Muhtarum Yusuf

Dep/SMF Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok

Bedah Kepala dan Leher

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga-RSUD Dr. Soetomo Surabaya

PENDAHULUAN

Schwannoma merupakan tumor jinak yang berasal dari sel schwann di dalam selubung saraf. Tumor ini umum berada di kepala leher, tetapi jarang timbul di traktus sinonasal. Schwannoma vestibular atau yang dikenal sebagai neuroma akustik merupakan schwannoma yang terbanyak ditemukan di kepala dan leher. Schwannoma sinonasal dapat timbul di vestibulum, septum, konka nasi, fosa pterygopalatina, maupun sinus paranasal.^{1,2} Tumor sinonasal umumnya berasal dari epitel, seperti papiloma, tumor kelenjar air liur, atau karsinoma. Tumor jaringan lunak pada traktus sinonasal lebih jarang terjadi dan didominasi oleh lesi vaskular dan fibrohistiositik.³

Presentasi klinis dari schwannoma sinonasal hampir sama dengan tumor lain yang berada di area ini, yaitu tergantung dari lokasi dan ukuran dari tumor. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis terdiri dari nasoendoskopi, *computer tomography* (CT) *scan* atau *magnetic resonance imaging* (MRI), dan imunohistokimia.

Pemeriksaan pasti adalah dengan biopsi. Terapi pada penyakit ini berupa eksisi yang dapat dilakukan dengan bantuan endoskopi atau operasi konvensional, tergantung dari lokasi dan ukuran dari tumor.^{2,4}

Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk mendiskusikan pengalaman klinis penanganan seorang penderita schwannoma sinonasal yang jarang terjadi dan telah dilakukan eksisi dengan pendekatan *hemifacial degloving*.

LAPORAN KASUS

Seorang penderita wanita berumur 18 tahun datang ke poli onkologi satu atap (POSA) THT-KL RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 30 Maret 2015 dengan keluhan utama berupa mimisan dari hidung kanan sejak 1 bulan terakhir. Mimisan pada hidung kanan, kurang lebih $\frac{1}{2}$ gelas setiap kali mimisan, dan berwarna merah segar. Buntu hidung kanan dirasakan semakin hari dirasa semakin memberat. Penderita tidak dapat mencium bau dari hidung kanan. Bindeng dirasakan sejak buntu hidung. Pilek lama atau pilek bercampur darah

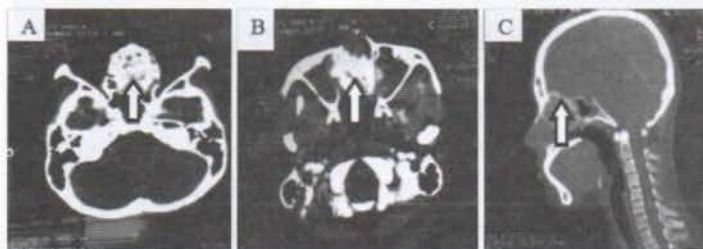
tidak didapatkan.

Penderita juga merasakan cekot-cekot kepala dan nyeri di pipi kanan. Grebeg-grebeg di telinga kanan tidak ada. Pandangan mata ganda dan mata berair juga tidak didapatkan. Keluhan tenggorok, dan benjolan di leher disangkal. Penderita tidak pernah menderita diabetes melitus dan hipertensi. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum yang cukup dengan tanda vital yang stabil. Telinga dan tenggorok dalam batas normal. Pada pemeriksaan rinoskopi anterior dijumpai massa berwarna pucat yang tidak mudah berdarah, dan sekret. Rinoskopi posterior didapatkan massa di kavum nasi kanan. Kavum nasi kiri, tonsil, faring, dan leher dalam batas normal. Hasil biopsi pada tanggal 8 Februari 2015 di RS Muhammadiyah Lamongan adalah *inflammatory polyp*.

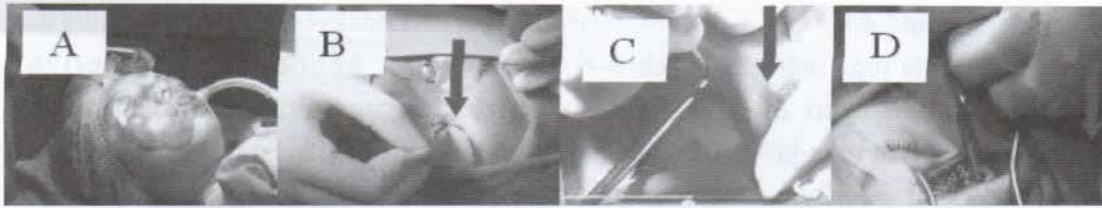
Computer tomography (CT) scan kepala leher fokus sinusal dengan dan tanpa kontras memperlihatkan gambaran *heterogenous enhancing solid mass* dengan batas tidak tegas, dimensi terbesar 4,4 x 2,07 x 2,9 cm di kavum nasi kanan yang meluas ke sinus etmoid, maksila, sfenoid, frontal kanan dan kiri serta sebagian lamina kribrosa dan mendestruksi dinding etmoid seperti yang ditunjukkan di gambar 1.

Ketidaksesuaian gejala klinis dan *CT scan* penderita memberikan pertimbangan untuk dilakukan biopsi ulang di RSUD Dr. Soetomo dan hasilnya adalah *seluler schwannoma*. Pemeriksaan laboratorium untuk persiapan operasi semua dalam batas normal. Foto toraks menunjukkan hasil normal. Berdasarkan data pemeriksaan di atas, penderita didiagnosis sebagai schwannoma sinusal dekstra dan direncanakan untuk maksilektomi medial dengan pendekatan *hemifacial degloving* dan Killian.

Operasi dilaksanakan pada dua bulan kemudian di ruang operasi 509 Gedung Bedah Pusat Terpadu RSUD Dr. Soetomo. Operasi dilakukan dengan bius total, desinfeksi lapangan operasi dengan povidone iodine dan mempersempit lapangan operasi dengan duk steril (Gambar 2A). *Marker* dengan biru metilen (Gambar 2B) dilakukan sesuai Killian dan melakukan infiltrasi dengan adrenalin 1:200.000 sesuai marker yang sudah digambar. Insisi Killian dimulai dari suprasiliar ke inferior menuju 1/3 superior lateral hidung, diperdalam sampai periosteum kemudian tulang ditatah (Gambar 2C dan 2D). Perdarahan yang cukup banyak terjadi ketika melakukan tatah, sehingga akhirnya *bone wax* dipakai untuk menghentikan perdarahan.

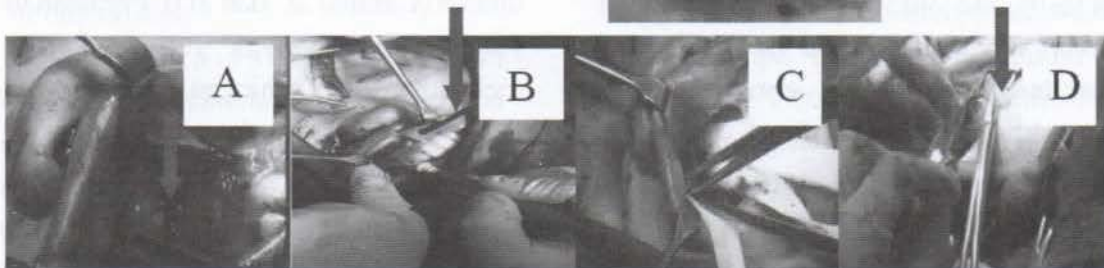


Gambar 1.
CT scan kepala leher fokus sinusal dengan dan tanpa kontras.
A dan B. Potongan aksial.
C. Potongan sagital.



Gambar 2. Proses operasi insisi Killian. A. Desinfeksi. B. Menggambar garis insisi. C. *Prepare*. D. Tatah

Hemifacial degloving dilakukan dengan membuat insisi gingivobukal sisi kanan dilakukan dengan pisau dan kauter, menggantung daerah apertura piriformis & dasar hidung untuk memisahkan jaringan disekitarnya (Gambar 3A). Jaringan lunak dibebaskan sampai setinggi rima orbita, selanjutnya dinding lateral bagian bawah kavum nasi dipotong dengan pahat dan jaringan lunak dipotong dengan gunting. Dinding lateral bagian atas kavum nasi dipotong dengan pahat. Tumor dibersihkan dari dalam kavum nasi atau sinus paranasal sambil merawat perdarahan (Gambar 3B). Perdarahan pada operasi ini cukup banyak, yaitu 4 liter. Tampon pita kemisetin dipasang (Gambar 3C) dan kulit ditutup lapis demi lapis (Gambar 3D).



Gambar 3. *Hemifacial degloving*. A. Insisi gingivobukal. B. Pengangkatan tumor. C. Pemasangan tampon pita. D. Jahitan matras.

Massa tumor dikirim dan diperiksa ke bagian patologi anatomi (Gambar 4). Hasil pemeriksaan patologi pasca operasi secara makroskopik didapatkan massa berwarna putih abu-abu dengan sebagian kecoklatan dengan berat 17,1 gram, ukuran 4,6 x 3,5 x 1 cm, dan konsistensi padat kenyal. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan potongan jaringan berlapis epitel berderet silindris, stroma di bawahnya tampak tumor yang terdiri dari sel berinti bulat oval, pleiomorfik, kromatin kasar, dan anak inti prominen. Matriks eosinofilik mengesankan matriks osteoid, mitosis 7/10 HPF, dan area nekrosis perdarahan. Kesimpulan patologi anatomi masih didiagnosis banding antara *atypical meningioma* dan osteosarkoma.



Gambar 4. Gambaran makroskopik tumor

Terapi pasca operasi meliputi ceftriaxone, asam traneksamat, ranitidin, perhidrol 1% obat kumur, dan transfusi 2 kantong *whole blood*

dikarenakan haemoglobin yang turun pasca operasi. Kompres dingin di pipi juga dilakukan sampai 2 hari pasca operasi. Tampon dikeluarkan seluruhnya pada hari ke-8 pasca operasi (Gambar 5) dan penderita dipulangkan keesokan harinya.



Gambar 5. Delapan hari pasca operasi setelah tampon dilepas seluruhnya.

A. Jahitan di bekas insisi Killian yang sudah menyatu.

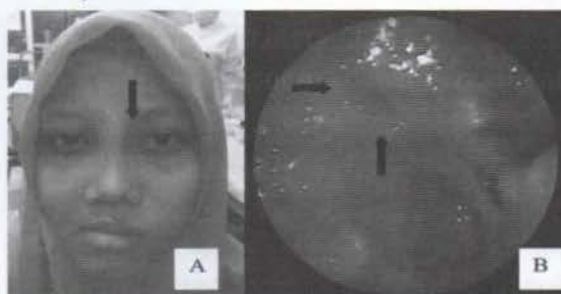
B. Jahitan di gingivobukal.

Tujuh hari kemudian, penderita kontrol di POSA THT-KL RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pada anamnesis tidak didapatkan keluhan hidung, maupun keluhan yang berhubungan dengan saraf. Penderita dapat makan dan minum dengan baik. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan jahitan di gingivobukal sudah menyatu dan jahitan di bekas insisi Killian dilepas (Gambar 6).



Gambar 6. Tujuh hari setelah keluar rumah sakit

Dua minggu setelah kontrol pertama, penderita datang tanpa keluhan dan diperiksa dengan nasoendoskopi di poli THT-KL RSUD Dr. Soetomo dengan hasil etmoid kanan lapang, tidak didapatkan krusta dan massa (Gambar 7).



Gambar 7. Dua minggu setelah kontrol pertama.

A. Jahitan Killian B. Nasoendoskopi

PEMBAHASAN

Schwannoma dapat terjadi di bagian tubuh mana pun. Kurang lebih 45% schwannoma ditemukan di kepala dan leher, dari angka tersebut hanya 4% ditemukan di traktus sinonasal. Sampai saat ini insidensi di RSUD Dr. Soetomo belum diketahui. Tempat paling sering untuk schwannoma kepala dan leher adalah saraf akustik; lokasi lain termasuk *scalp*, kavitas oral, faring, laring, trakea, kelenjar parotis, dan telinga tengah.³ Tidak ada predileksi pada ras tertentu dan jenis kelamin pada penyakit ini. Literatur menyatakan bahwa distribusi usia adalah dari 6-78 tahun dengan insiden terbanyak adalah pada dekade ke-2 sampai ke-4.⁴ Pada kasus ini, penderita berusia 18 tahun dan berjenis kelamin wanita, sesuai dengan yang dikatakan literatur.

Schwannoma dapat berasal dari

saraf perifer motorik maupun sensorik, saraf simpatis, dan saraf kranial. Schwannoma sinonasal timbul dari cabang oftalmika dan maksilaris dari Saraf Trigeminal atau saraf otonom yang ke pembuluh darah septum dan mukosa. Secara khusus, saraf etmoid anterior dan nasosiliar (cabang oftalmika) menginervasi septum nasi anterior dan setengah anterior dari dinding lateral hidung. Saraf nasopalatina (cabang *nervus* maksilaris) yang bertanggung jawab pada bagian inferior dan posterior septum nasi. Keseluruhan konka diinervasi oleh bagian superoposterior dan nasal lateral inferior cabang saraf maksilaris. Schwannoma sinonasal umumnya mempunyai kapsul yang berasal dari perineural seperti halnya schwannoma di tempat lain. Sebagian ahli berpendapat bahwa schwannoma yang berasal dari saraf otonom tidak mempunyai sel perineural sehingga tidak berkapsul, seperti yang dilaporkan di salah satu kepustakaan bahwa ada juga schwannoma sinonasal yang tidak berkapsul.^{5,6,7} Pada kasus ini, saraf yang terkena kemungkinan berasal dari cabang oftalmika dan maksilaris dari Saraf Trigeminal.

Manifestasi schwannoma sinonasal tergantung dari besar dan ekspansi tumor. Gejala klinis sangat bervariasi dan tidak spesifik, dapat berupa buntu hidung progresif, mimisan, anosmia/hiposmia, rinore, dan gejala yang disebabkan karena adanya massa di dalam traktus sinonasal, yaitu pembengkakan wajah, nyeri yang

disebabkan vakum sinus, dan *epifora*.⁴ Pada kasus yang lama, efek penekanan dapat menyebabkan *proptosis*, erosi tulang yang akhirnya jatuh ke ekstensi intrakranial.⁶ Schwannoma sinonasal terletak di rongga sehingga mampu tumbuh perlahan dalam waktu yang cukup lama dan diketahui terlambat, bahkan ada yang sampai 10 tahun.³

Pada kasus ini, penderita menderita buntu hidung progresif unilateral sejak 2 bulan sebelum masuk rumah sakit yang diikuti oleh epistaksis. Buntu hidung disebabkan dari massa yang tumbuh di hidung kanan dan dirasakan semakin membesar hingga hampir keluar dari hidung. Massa tersebut membuat penderita anosmia unilateral di hidung kanan, bindeng, dan nyeri di pipi kanan karena vakum sinus. Penyakit ini cukup cepat disadari penderita, mengingat schwannoma sinonasal seperti tumor jinak lainnya dapat tumbuh sangat lambat. Hal ini menerangkan gejala lain seperti *proptosis* atau ekstensi ke intrakranial tidak didapatkan.

Presentasi epistaksis yang cukup banyak tidak biasa terlihat pada schwannoma sinonasal, tetapi sebuah kasus schwannoma sinonasal dengan perdarahan profus dengan jaringan yang rapuh dan berdarah bila disentuh dilaporkan di kepustakaan. Perubahan pseudoangiomatous pada schwannoma sinonasal juga dilaporkan di literatur dapat merupakan penjelasan untuk hal ini.³

Computer tomography scan dan MRI merupakan pemeriksaan

penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui perluasan tumor, terutama yang ke intrakranial dan keterlibatan organ sekitar.³ Pada schwannoma sinonasal hasil akan menunjukkan massa jaringan lunak dengan batas yang tegas, paling sering terjadi di kavum nasi dan sinus etmoid dengan penekanan yang memberikan *remodelling* pada dinding tulang yang berdekatan. Berbagai tumor jinak maupun ganas di traktus sinonasal memberikan gambaran radiologi yang mirip sehingga tidak bisa memprediksi histopatologi preoperatif.^{8,9}

Beberapa studi kepustakaan menyatakan lokasi tersering schwannoma sinonasal yang berbeda-beda, tetapi mayoritas mengatakan sinus etmoid, diikuti sinus maksila, kavum nasi, dan terakhir sinus sfenoid.¹⁰ Gambaran CT scan pada kasus ini adalah massa dengan batas yang tidak tegas di kavum nasi yang meluas ke sinus etmoid, sfenoid, dan frontal. Tidak bisa dijelaskan apakah massa dimulai dari sinus etmoid dan meluas ke kavum nasi atau sebaliknya.

Histopatologi schwannoma konvensional meliputi pola histologi Antoni A dan Antoni B, sekalipun perbedaan ini tidak mempengaruhi prognosis, tetapi identifikasi pola histologi dapat membantu menegakkan diagnosis yang tepat.⁴ Biopsi yang telah dilakukan sebelumnya memberikan hasil *inflammatory polyp*, hal ini tidak sesuai dengan gambaran klinis dan CT scan

penderita sehingga dilakukan biopsi kembali di RSUD Dr. Soetomo. Ternyata hasil berbeda didapatkan dari biopsi kedua, yaitu sinonasal schwannoma. Perbedaan ini dapat terjadi karena perbedaan kemampuan dalam hal mengambil spesimen dan membacanya.

Pilihan terapi schwannoma sinonasal adalah eksisi, baik melalui endoskopi atau konvensional, tergantung dari perluasan tumor.¹¹ Bedah endoskopi memiliki keuntungan morbiditas yang rendah, tidak perlu melakukan insisi eksternal, dan waktu tinggal di rumah sakit yang lebih singkat bila dibandingkan dengan bedah konvensional.¹²

Pada sebuah penelitian yang melakukan terapi bedah endoskopi pada 8 orang penderita schwannoma sinonasal didapatkan hasil yang baik (Tabel 1).

No.	Sex	Age (Years)	Medical history	Symptom (months)	Size(cm)	Side	Site	Approach	Followup (months)
1	M	27	None	Nasal obstruction (5)	6 x 5	L	Nasal septum	Endoscopic	63
2	M	51	None	Nasal obstruction (6)	1.6 x 1.3	L	Nasal septum	Endoscopic	36
3	M	41	None	Right facial pain and numbness (1)	3.5 x 3	R	Pterygopalatine fossa	Endoscopic	15
4	F	50	Brain tumor, Thyroid PTC	Nasal obstruction (36)	5 x 6	R	Pterygopalatine fossa	Endoscopic	86
5	F	22	None	Mass in vestibule (36)	1 x 1.5	R	Nasal vestibule	Sublabial	18
6	M	32	Pul tb	Frequent epistaxis (7)	1.1 x 1.2	L	Nasal vestibule	Endoscopic	15
7	F	45	None	Right orbital swelling (12)	1.0 x 1.2	R	Ethmoidal sinus	Endoscopic	19
8	F	32	None	Nasal obstruction (2)	3.5 x 2.5	L	Inferior turbinate	Endoscopic	12

Pul TB: pulmonary tuberculosis, R: right, L: left

Tabel 1. Penemuan klinis pada 8 pasien dengan schwannoma sinonasal setelah diterapi dengan bedah endoskopi.²

Eksisi konvensional dapat dilakukan melalui pendekatan rinitomi lateral, *hemifacial degloving* atau

Caldwell-Luc.¹³ Operasi konvensional umumnya merupakan pilihan bila schwannoma luas, operasi revisi atau kegagalan dalam operasi endoskopi.¹⁴ Pada penderita ini, diputuskan eksisi konvensional mengingat massa yang cukup besar dan karena mayoritas berada di sinus etmoid berdasarkan CT scan, maka pendekatan Killian merupakan pilihan. Pendekatan Killian diambil mengingat hal ini mampu menjadi akses bagi bedah saraf bila dalam *durante* operasi dijumpai massa yang meluas ke intrakranial, namun perdarahan yang cukup banyak terjadi ketika Killian dikerjakan sehingga *bone wax* yang cukup besar dipakai untuk menghentikan perdarahan.

Operasi selanjutnya diputuskan dengan pendekatan *hemifacial degloving* dengan pertimbangan penderita merupakan wanita yang masih muda, agresif dapat dihindari. Operasi berhasil mengangkat seluruh massa, walaupun perdarahan yang terjadi sampai 4 liter. Perdarahan berasal dari massa tumor karena begitu tumor terangkat seluruhnya, perdarahan pun berhenti. Asal saraf yang menjadi sumber tumor tidak dapat dijelaskan dari massa yang didapat *durante* operasi karena kecilnya ukuran saraf.¹

Operasi merupakan terapi utama bagi schwannoma, tetapi ada literatur yang menyatakan pada schwannoma sinus sfenoid yang telah mengenai regio parakavernosus yang tidak semua terangkat sewaktu operasi, dilakukan radiasi pasca operasi.⁸ Radiasi juga dilakukan pada satu kasus schwannoma

sinonasal yang invasif, agresif dan meluas ke intrakranial.⁷ Rekurensi dan transformasi menjadi malignansi sangat jarang terjadi.⁴ Satu kasus dilaporkan di literatur dimana schwannoma maligna soliter yang timbul di koana dan septum. Schwannoma maligna, umumnya berkaitan dengan von Recklinghausen's atau *acquired immune deficiency syndrome* (AIDS).¹⁵

KESIMPULAN

Telah dilaporkan seorang penderita wanita berusia 18 tahun dengan schwannoma sinonasal yang telah dilakukan eksisi tumor melalui pendekatan *hemifacial degloving* dengan hasil yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bhattacharya A, Saha R, Jaydip D, Mitra, S. Schwannoma presenting as a recurrent nasal mass: a case report. *International Journal of Oral and Maxillofacial Pathology* 2013; 4(1): 74-5.
2. Sung-Moon H, Jae-Min S, Il Ho P, Seung HL, Yong-Dae K, Heung-Man L. Clinical experience of sinonasal schwannomas. *Journal Rhinology* 2013; 20(1): 26-30.
3. Somashekar, Lakshmi S, Ramya S. Sinonasal schwannoma with secondary changes. *Indian journal Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2010; 60: 274-6.
4. Ohashi R, Wakayama N, Kawamoto M, Tsuchiya S, Okubo K. Solitary nasal schwannoma: usefulness of CD34 and calretinin staining from histological mimics. *Journal Nippon Medical Sch* 2013; 80(4): 300-5.
5. Takahashi EA, Hull NC, Stevens CJ, Hoxworth JM, Weindling SM, Wood CP. Sinonasal schwannoma: a case report and updated review of the literature. *Open Journal of Medical Imaging* 2015; 5: 66-70.
6. Saha R, Bhattacharya A, Deb J, Saha G, Panda D. Schwannoma arising at unusual locations: a report of 4 cases. *International Journal of Biomedical and Advance Research* 2014; 5(6): 313-8.
7. Gencarelli J, Rourke R, Ross T, Gravel DH, Purgina B, Jordan D, et al. A typical presentation of sinonasal cellular schwannoma. *Journal of Neurology Surgery* 2014; 75: e144-e148.
8. Cheng YC, Sun PL, Wang HK, Lee YC. Benign schwannoma in the sphenoid sinus: two cases report. *China Journal Radiology* 2010; 36:179-83.
9. Kim YS, Kim HJ, Kim CH, Kim J. Ct and mri imaging findings of sinonasal schwannoma: a review of 12 cases. *American Journal of Neuroradiology* 2013; 34: 628-33.
10. Pauna HF, Carvalho GM, Guimaraes AC, Maunsell RCK, Sakno E. Schwannoma of the nasal septum: evaluation of unilateral nasal mass. *Brazilian Journal Otorhinolaryngology* 2013; 79(3): 403.
11. Mangubat EZ, Pitelka L, Petruzzelli GJ, Byrne RW. Frontal sinus schwannoma: case report and review of literature. *Skull Base Rep* 2011; 1: 17-22.
12. Ulu EMK, Cakmak O, Donmez FY, Buyuklu F, Cevik B, Akdogan V, et al. Sinonasal schwannoma of the middle turbinate. *Diagn Interv Radiol* 2010; 16:129-31.

13. Cadd B, Offifah C, Alusi G. A surprising cause of unilateral nasal obstruction and epistaxis: nasal septal schwannoma. *JSCR* 2014; 3: 21-3.
14. Minhas RS, Thakur JS, Sharma DR. Primary schwannoma of maxillary sinus masquerading as malignant tumour. *BMJ Case Rep* 2013. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645817/>. Accessed June 12, 2015.
15. Lee EJ, Song KJ, Seo YS, Kim KS. Case report-a solitary malignant schwannoma in the choana and nasal septum 2014. Available from <http://dx.doi.org/10.1155/2014/202910>. Access June 12, 2015.



JURNAL THT-KL

Majalah Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala dan Leher
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya



Hadad Nasoseptal Flap



- Hubungan Antara Kadar *Interleukin-5* Darah dengan Skor Gejala Total Pasca Terapi Loratadin pada Penderita Rinitis Alergi
- Pengalaman Klinis Penanganan Schwannoma Sinonasal
- Penggunaan *Hadad Nasoseptal Flap* pada Penutupan Kebocoran Cairan Serebrospinal di Sinus Sfenoid
- Penatalaksanaan Fraktur Nasal

REPUS THT-KL
K UNAIR-RSDS

Jurnal THT - KL
8 / 1. 104 - 148
ep - Des 2015

JURNAL
THT-KL

Vol. 8

No.1

Hlm. 104 - 148

Surabaya
September - Desember 2015

ISSN
23378417

Departemen/SMF Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok
Bedah Kepala dan Leher
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga-RSUD Dr. Soetomo
Surabaya

JURNAL THT – KL

Jurnal Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala dan Leher

(DAHULU : Media Perhati)

ISSN : 23378417

Vol. 8, No. 3, September-Desember 2015, hlm 104 - 148

DAFTAR ISI

Susunan Redaksi

Ilmiah :

1. Hubungan Antara Kadar Interleukin-5 Darah dengan Skor Gejala Total Pasca Terapi Loratadin pada Penderita Rinitis Alergi (Penelitian)
Lia Restimulia, Dwi Reno Pawarti.....104
2. Pengalaman Klinis Penanganan Schwannoma Sinonasal (Laporan Kasus)
Fransiska Hutahaean, Muhtarum Yusuf.....113
3. Penggunaan Hadad Nasoseptal Flap pada Penutupan Kebocoran Cairan Serebrospinal di Sinus Sfenoid (Laporan Kasus)
Bastu Edo H., Budi Sutikno.....122
4. Penatalaksanaan Fraktur Nasal
Anton Abby Chandra, Boedy Setya Santoso132