

PAMERAN
01 AUG 1989

LAPORAN KASUS:

A T R E S I A E S O P H A G U S

dengan

T R A C H E O E S O P H A G E A L F I S T U L A

OLEH:

* FLORA SANTOSA

** MOCH. SOEBAGYO SINGGIH

* Dokter dalam pendidikan keahlian bidang Radiologi pada
F.K. UNAIR / R.S.U.D. DR. SOETOMO , SURABAYA.

** Moderator / Staf Laboratorium / U.P.F. Radiologi
F.K. UNAIR / R.S.U.D. Dr. Soetomo , Surabaya.

Dibacakan pada pertemuan ilmiah Laboratorium / U.P.F. Radiologi
F.K. UNAIR / R.S.U.D. Dr. Soetomo , Surabaya, Tgl. 29 Mei 1989

Digimpn di perpustakaan Fakultas Kedokteran UNAIR Surabaya,
dan perpustakaan Laboratorium / U.P.F. Radiologi R.S.U.D.
Dr. Soetomo Surabaya.

LAPORAN KASUS:

A T R E S I A E S O P H A G U S

dengan

T R A C H E O E S O P H A G E A L F I S T U L A

OLEH:

* FLORA SANTOSA

** MOCH. SOEBAGYO SINGGIH

* Dokter dalam pendidikan keahlian bidang Radiologi pada
F.K. UNAIR / R.S.U.D. DR. SOETOMO , SURABAYA.

** Moderator / Staf Laboratorium / U.P.F. Radiologi
F.K. UNAIR / R.S.U.D. Dr. Soetomo , Surabaya.

Dibacakan pada pertemuan ilmiah Laboratorium / U.P.F. Radiologi
F.K. UNAIR / R.S.U.D. Dr. Soetomo , Surabaya, Tgl. 29 Mei 1989

Disimpan di perpustakaan Fakultas Kedokteran UNAIR Surabaya,
dan perpustakaan Laboratorium / U.P.F. Radiologi R.S.U.D.
Dr. Soetomo Surabaya.



* 1 8 2 2 8 9 1 1 1 *

DAFTAR ISI :

HALAMAN:

PENDAHULUAN.....	1.
LAPORAN KASUS.....	4.
PEMBAHASAN.....	9.
RINGKASAN.....	13.
KESIMPULAN.....	14.
KOMENTAR.....	15.
KEPUSTAKAAN.....	16.

1.

P E N D A H U L U A N .

Atresia Esophagus adalah kelainan congenital yang jarang dijumpai, yaitu 1 diantara 3000 - 4500 kelahiran hidup dan $\pm 1/3$ nya lahir prematur. (2,9)

Adapaun penyebab kelainan ini masih belum jelas diketahui. (1,2,3)

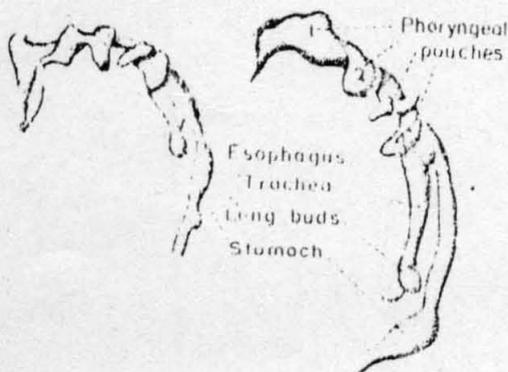
Anatomis esophagus merupakan suatu muskulaturtube yang memanjang mulai dari bagian tepi bawah pharynx yaitu batas bawah dari cartilago cricoid hingga cardiac orifice dari lambung.(11)

Embriologis pharynx, larynx, esophagus, gaster, trachea, bronchi, dan paru berasal dari foregut. Hingga embrio berumur 3 minggu esophagus dan trachea masih merupakan satu struktur dan pada umur embrio 4 - 12 minggu, oleh karena adanya pertumbuhan mesoderm yang melipat kearah lumen, struktur ini membelah menjadi dua bagian, yaitu anterior trachea dan posterior esophagus.

Suatu tracheo esophageal fistula terjadi, bila ada hambatan atau gangguan pada perkembangan pertumbuhan mesoderm yang melipat kedalam lumen, sehingga menimbulkan kegagalan untuk membelah dengan sempurna. (2,11)

Pada bayi lahir prematur, biasanya ada hambatan perkembangan pada embrio. (9).

70 % dari kasus atresia esophagus didapatkan adanya hubungan dengan trachea.(4)



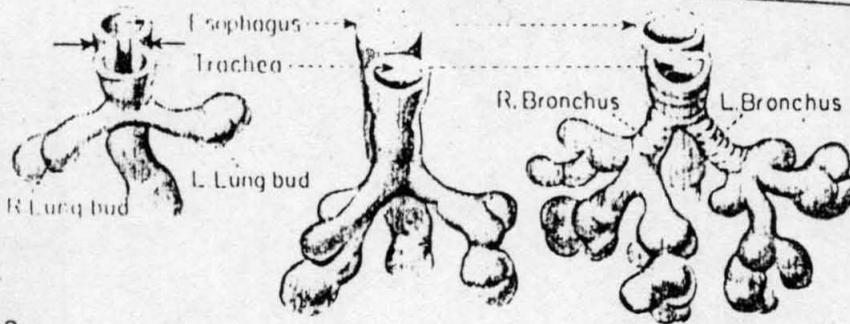
Gb. 1

A. Esophagus dan trachea masih merupakan satu struktur.

B. Sudah tampak membelah menjadi trachea dan esophagus.

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

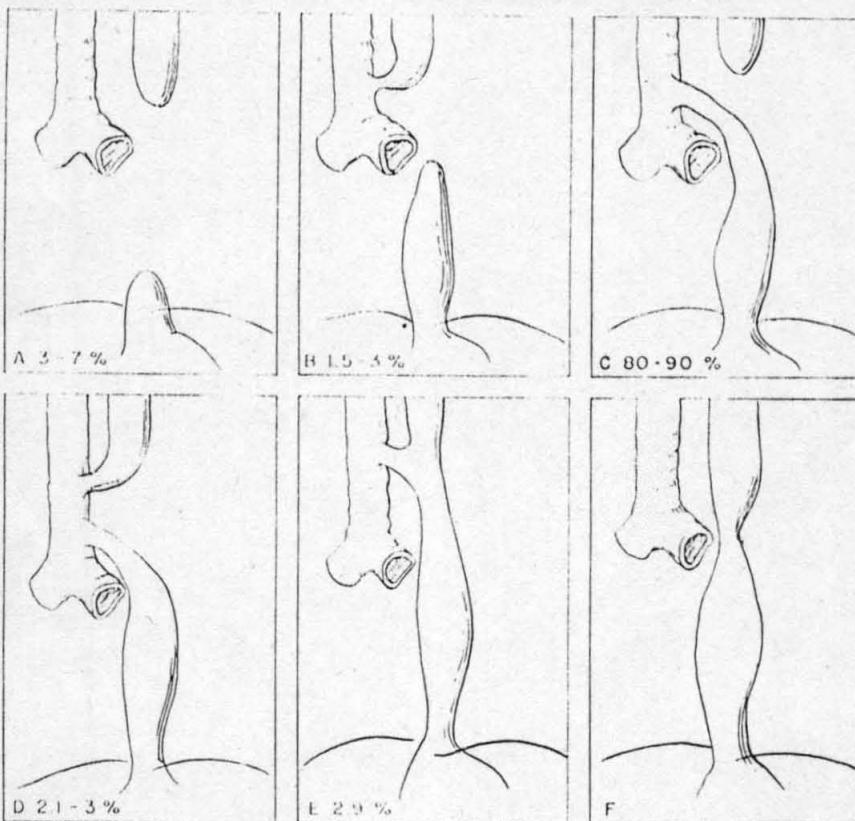
2.



Gb.2

Tampak perkembangan mesoderm yang melipat kearah lumen yang membelah menjadi 2 bagian, yaitu anterior trachea dan posterior esophagus.

Vogt mengklasifikasikan Atresia Esophagus dalam beberapa type:



Gb.3

Type A.: Yaitu atresia esophagus tanpa adanya hubungan dengan trachea.

Type B.: Adanya hubungan antara segmen proximal dengan trachea, sedangkan segmen distal tak ada hubungan, baik dengan trachea maupun dengan bagian proximal.

Type C.: Adanya hubungan segmen distal dengan trachea, sedangkan proximal merupakan suatu blind pouch.

Type D.: Kedua segmen masing2 berhubungan dengan trachea secara terpisah.

Type E.: Tidak terdapat kelainan dari kontinuitas esophagus,

3.

tetapi terdapat tracheo esophageal fistula.

Type F.: Tidak terdapat fistel, tetapi adanya penyempitan pada esophagus (stenosis esophagus). (8)

Yang sering dijumpai yaitu type C. (3,4,7,8)

Selama Nopember 1979 - Nopember 1983 dijumpai 3 kasus dengan congenital Atresia Esophagus di bagian Ilmu Kesehatan Anak R.S.U.D. Dr. Soetomo Surabaya, dimana 2 kasus dengan type C dan 1 kasus type F (stenosis esophagus). (1)

Secara klinis diagnosa adanya Atresia Esophagus sudah dapat diperkirakan bila pada hari pertama atau kedua sesudah kelahiran, timbul gejala bila diberi minum batuk2, tersedak dan muntah2. Gejala ini akan terulang bila penderita diberi minum lagi. Gejala yang lain yaitu keluarnya saliva yang berlebihan dari mulut, sesak disertai cyanosis (4,7,11) dan pada pemasangan nasogastric tube tak dapat masuk sampai lambung, bila diteruskan tube akan melengkung dan keluar kembali kemulut atau hidung. (3,4)

Kecurigaan adanya Atresia Esophagus dapat ditegakkan selain dari anamnesa diatas juga adanya kelainan kongenital yang lain dan atau adanya hydramnion pada kehamilan. (3,4,7)

Untuk diagnosa pasti dari Atresia Esophagus dan tracheo esophageal fistula yaitu dengan pemeriksaan radiologi, yang bisa dengan atau tanpa kontras.

Diagnosa dini (< 48 jam) penting untuk menentukan prognosa penderita, karena tanpa terapi biasanya penderita akan meninggal pada minggu pertama atau kedua sesudah kelahiran. (3,10)

4.

LAPORAN KASUS.

Seorang bayi laki2 umur 1 hari, anak ke III dari seorang ibu umur 27 thn dan bapak 28 thn., suku jawa, yang berasal dari Taman Sidoarjo.

Bayi lahir spontan, tidak langsung menangis, cukup bulan ditolong dukun, tidak diketahui apakah ada hydramnion pada kehamilan, bila diberi minum batuk2, tersedak, muntah disertai sesak dan tampak kebiru2an, pada daerah mulut dan hidung keluar banyak cairan yang berbuih, oleh karenanya dibawa kebidan yang kemudian disodoti, tetapi masih terus keluar banyak cairan dari hidung dan mulut, sehingga dikirim ke U.G.D. R.S.U.D. Dr. Soetomo Surabaya pada Tgl. 28 April 1989 dengan keluhan bila diberi minum selalu tersedak, batuk2, muntah dan kebiru2an disertai mulut dan hidung yang terus menerus keluar cairan yang berbuih, yang kemudian di M.R.S. kan dibagian Neonatologi untuk pertolongan dan perawatan yang lebih lanjut.

Tgl. 28 April 1989.

Pemeriksaan fisik:

Tampak bayi menangis terputus2, melengking, disertai muntah yang kehitam2an. (pada anamnesa, bayi sempat diberi makan pisang kerokan sebelum dibawa ke bidan).

Gerak cukup, tidak anemis, tidak icterus, tidak dyspneu, tampak sedikit cyanosis.

Berat badan 2680 gram, Temp. anal 37°C , R.R. 72/menit, H.R. 142/menit.

Kepala dan leher: tampak hyperextensi, opistotonus,

Mata kesan normal.

T.H.T. terbentuk normal.

Paru2 : Ronchi + / + kasar, padat pada seluruh lapangan paru.

Jantung: bising abnormal (-).

Abdomen: tampak meteorismus, bising usus normal.

5.

Alat kelamin: laki2, testis letak tinggi, rugae (+).

Anus perforasi: (+).

Tulang belakang: kesan normal.

Extremitas : Acrocyanosis (+).

Pemeriksaan dengan Nasogastric tube (catheter) :

N.G.tube tak dapat masuk sampai lambung.

Pemeriksaan X.Foto : Thorax dan Abdomen (tgl.28 April 1989)

Cor : tak ada kelainan.

Pulmo : tampak adanya perselubungan pada kedua paru
dengan air bronchogram (+).

Tampak adanya coiled catheter pada daerah trachea.

Abdomen: Bayangan gas dalam usus normal.

Kesimpulan :Pneumonia dengan

Susp.Atresia Esophagus dengan Tracheo Esophageal Fistula.

Konsul kebagian T.H.T. (tgl.28 April 1989).

Tidak diketemukan kelainan khusus dibidang T.H.T.

Kelainan congenital esophagus tak dapat disingkirkan.

Diagnosa:-Neonatus Aterm

-Aspirasi Syndrom

-Obstruksi gastro intestinal letak tinggi

Susp. Atresia Esophagus dengan Tracheo Esophageal
Fistula).

Terapi :-Infus dextrose 10 % 270 cc./24 jam.

-Cairan berbuih/ saliva disedoti

-Vit.K. 2mg.

-Viccillin 2x125 mg.

Tanggal 29 April 1989.

Pemeriksaan laboratorium: .Hb :18,5 gr.%

.Leuko :6200 per mm³

.Diff. :-/-/6/54/37/3

.Trombo:cukup.

6.

Pemeriksaan Esophagogram (tgl.29-4-89).

. X.Foto Thorax dan Abdomen:

Cor : tak ada kelainan

Pulmo : tampak tanda2 pneumoni

Abdomen: tampak udara dalam gaster dan usus normal.

.Esophagogram:

Tampak esophagus bagian proximal obstruksi total setinggi Th.4-5

Kontras Hytrast dimasukkan kedalam trachea, main bronchus, ternyata esophagus bagian distal berhubungan dengan trachea.

Kesimpulan : Atresia Esophagus dengan Tracheo Esophageal Fistula, type C menurut klasifikasi Vogt.

Konsul Bagian Bedah (Tg.29 April 1989 jam 10⁰⁰ pagi)

Diagnosa : Suatu atresia esophagus dengan Tracheo Esophageal Fistula dan pneumonia.

Akan dilakukan gastrostomy dengan lokal anaesthesi.

Prognosa: jelek.

Jam 12³⁰-13³⁰: dilakukan gastrostomy dengan lokal anaesthesi

Terapi: terapi sesuai bagian Neonatologi rongga mulut /hidung disedoti.

Gastrostomy tube posisi ↓

Tanggal 30 April 1989.

Bayi tampak sesak.

Acral cyanosis +/-

Dipasang head box dan esophageal tube.

Tanggal 1 Mei 1989.

Pemeriksaan fisik:

Bayi dyspneu ±, icterus (-), cyanosis (-).

R.R. 48/menit, H.R. 140/menit, Temp.36⁰C(peranal),

Berat badan 2630 gram.

7.

Tampak keluar cairan merah dari esophageal tube.

Cor : bising jantung normal.

Pulmo : ronchi basah (+)/(+) kasar

retraksi intercostal
subcostal } (+)

Abdomen : Tak tampak adanya meteorismus.

Extremitas: Oedema (-)

Acrocyanosis (-).

Pemeriksaan laboratorium: Hb. 13 gram %.

Pemeriksaan X. Foto Thorax dan Abdomen Tgl. 1 Mei 1989.

Cor : tak ada kelainan.

Pulmo : tampak adanya pneumonic consolidation dengan
air bronchogram (+) pada paru kanan dan kiri.

Abdomen : gas dalam usus dan gaster normal.

tampak adanya gastrostomy tube.

Kesimpulan : Pneumoni.

Terapi :- Infus D.5 in S. 0,18 350 cc/ 24 jam.

-O₂ head box 6l/24 jam.

-Viccillin 2x225 mg.

-Garamycin 2x75 mg.

Tanggal 2 Mei 1989.

Pemeriksaan fisik:

Keaadaan umum lemah, menangis lemah, cyanosis.

Pernafasan 50/menit irreguler.

Temp. 40°C. (peranal).

Cor : bising normal.

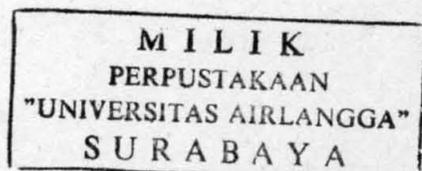
Pulmo : ronchi ~~basah~~ (+)/(+) pada seluruh lapangan paru

Abdomen : tampak distended, bising usus (+) normal

Extremitas: Tonus agak menurun

B.A.B. : meconium (+).

Pemeriksaan laboratorium:



8.

Pemeriksaan laboratotium: - Kalium serum 3,9 (N.3,8-5,0)
- Natrium 138 (136-144)
- Calsium 10,6 (9 -12)
- S.Phosphor 4,12(2 -5)

Konsul bagian Hematologi:dengan susp.sepsis,
kurang mendukung suatu sepsis.

Tanggal 3 Mei 1989

Jam 7⁵⁰ Keadaan umum penderita lemah sekali.

Temp. 37°C (pranal)

Penderita tampak sangat sesak, cyanosis dan apneu

Dilakukan resusitasi ± 5' H.R. (+) ± 80/menit

R.R. belum spontan

resusitasi ± 15' H.R. (+) ± 100/ menit.

R.R.(+) spontan.

Pemeriksaan laboratorium: -Hb. 13,6 gr.%

-Leuko; 8200

-Diff.-/-/6/60/33/1

-Trombosit 38000

-Hapusan darah:monocyt(+)

atypisch cell(+).

Jam 10³⁰ penderita meninggal. (causa sepsis).

PEMBAHASAN:

Diagnosa dari congenital Atresia Esophagus dengan Tracheo Esophageal Fistula sudah bisa diperkirakan apabila:

- * Adanya gejala tersedak, batuk2, muntah dan cyanosis pada waktu diberi minum pertama kali dan gejala ini terulang lagi bila bayi diberi minum lagi.
- * Adanya sekret/cairan yang berbuih yang keluar terus menerus dari mulut dan hidung.
- * Nasogastric tube/catheter yang dimasukkan lewat mulut atau hidung tak dapat masuk sampai lambung. (2,4,7,9)
- * Adanya kelainan congenital lain yang menyertai, yang dapat menambah perkiraan diagnosa antara lain:

-Kelainan jantung (37%) yaitu: V.S.D. (tersering), menyusul P.D.A. dan Tetralogy of Fallot. (2)

Ada penelitian melaporkan bahwa 5% dari infant dengan Atresia Esophagus dan Tracheo Esophageal Fistula ditemukan adanya arcus aorta yang right sided, yang mempunyai arti penting untuk tindakan pembedahan. (5)

-Kelainan gastrointestinal (20%) antara lain : atresia ani , atresia duodeni.

Pada kasus yang dibahas ini, sebenarnya sudah bisa diperkirakan suatu Atresia Esophagus dengan Tracheo Esophageal Fistula pada hari I , yang terdapat gejala2: batuk, tersedak, muntah, sesak dan cyanosis, disertai keluarnya cairan yang berbuih dari mulut dan hidung yang terus menerus.

Gejala kembung dapat timbul karena adanya udara yang masuk melalui fistel kedalam lambung, sekresi asam lambung dan cairan empedu. (2)

Reflux cairan lambung ke trachea, disertai gas dalam abdomen yang distended dapat menimbulkan pneumoni yang ditandai dengan adanya ronchi pada basal kedua paru akibat aspirasi yang ditimbulkan.

Dengan menidurkan bayi pada posisi tegak, bisa mengurangi gejala reflux ini. (13)

Gejala2 ini tergantung dari jenis / macamnya Atresia Esophagus, ada atau tidaknya dan besar atau kecilnya fistel pada Tracheo Esophageal.

Untuk mengurangi gejala2 ini, selain dilakukan penyedotan (pengosongan) sekret di esophagus bagian proximal, dibuat gastrostomy sedini mungkin yang bertujuan:

- mencegah reflux cairan lambung ke trachea
- mengurangi distention gas dalam lambung
- untuk pemberian makanan (biasanya diberikan \pm 1 \pm 1 minggu setelah dilakukan gastrostomy). (3,7)

Tindakan operasi menutup fistel dan menyambung esophagus baru dilakukan setelah keadaan umum baik, dimana sudah tidak diketemukan tanda2 gejala pneumoni lagi. (7)

Untuk menegakkan diagnosa pasti dari kelainan ini, bisa dilakukan dengan bantuan pemeriksaan radiologi dengan atau tanpa kontras.

Pemeriksaan radiologi tanpa bahan kontras:

a. Foto Polos Thorax :

- Tampak gambaran pneumonia atau atelektasis consolidation terutama pada lobus kanan atas yang sering terjadi pada hari pertama kehidupan.

b. Foto Polos Abdomen :

- Tampak gambaran gas dalam gastrointestinal tract, berarti ada fistula antara esophagus bagian distal dengan trachea (termasuk type H).
- Pada type A & B (menurut klasifikasi Vogt) tidak terdapat gambaran udara sama sekali dalam abdomen (4,9,13)

c. Foto Esophagus dengan memasukkan catheter (radioopaque)

lewat hidung atau mulut kedalam blind pouch.

- Tampak adanya Coiled Catheter outlines. (3,9)

-Dengan cara ini kita bisa menilai dalamnya pouch.

Cara ini dilakukan oleh Waterston secara rutin pada penderita dengan dugaan adanya Atresia Esophagus.

Pemeriksaan radiologi dengan kontras yang radiopaque:

Dengan memasukkan kontras yang watersoluble 1 cc. perlahan-lahan kedalam upper pouch . (9)

Menurut Schaffer untuk mendiagnosa blind pouch dengan memasukkan barium + 1 cc. secara perlahan-lahan melalui nasogastric catheter kedalam esophagus bagian proximal yang diikuti melalui fluoroskopi, bila tampak esophagus yang buntu, cepat2 dilakuakn aspirasi, sedangkan untuk mendiagnosa adanya tracheo esophageal fistula bisa dengan memasukkan udara kedalam mulut atau hidung bayi, sehingga tampak gambaran abdominal gas yang lebih distended dari pada photo sebelumnya , atau dengan memasukkan kontras yang watersoluble kedalam trachea. (4,9)

Yang sulit adalah untuk mendeteksi Tracheo Esophageal Fistula tanpa adanya Atresia Esophagus (type E), yaitu dengan memasukkan kontras water soluble melalui nasogastric tube, sambil diikuti melalui fluoroskopi, penderita dimiringkan kekanan, sambil nasogastric tube ditarik pelan2 keatas, supaya kontras bisa masuk dan mengisi lubang fistel.

Banyak Sarjana2 yang kurang menyetujui pemeriksaan dengan kontras pada Congenital Atresia Esophagus dan Tracheo Esophageal Fistula, karena dapat menyebabkan aspirasi.

Aspirasi bisa ditimbulkan oleh karena ada:

- .overflow kontras dari blind pouch kedalam trachea
- .kompresi larynx dan trachea oleh esophagus yang dilatasi dapat menyebabkan sesak nafas
- .Selain itu dengan memasukkan bahan kontras tersebut dapat mengintrodusir masuknya kuman2 kedalam trachea dan paru2.

(4,13,15)

Sedangkan menurut moderator , pemeriksaan dengan kontras penting untuk dapat mendiagnosa dengan pasti letak fistula, karena dengan pemakaian kontras, dapat terlihat adanya gambaran fistula yang menghubungkan trachea dengan esophagus bagian distal, sehingga dapat mempermudah melakukan tindakan operasi, sedangkan tanpa kontras tak tampak letak dan posisi fistel. Adanya udara didaerah lambung (subdiaphragma kiri) hanya menunjukkan adanya hubungan antara trachea dengan esophagus bagian distal.

Pemeriksaan Bronchoscopy dan Esophagoscopy pada bayi mempunyai resiko yang sangat besar, sehingga pemeriksaan ini tidak dilakukan.(3)

Diagnosa banding Atresia Esophagus dengan Tracheo Esophageal Fistula adalah kelainan Congenital yang dapat menimbulkan gejala obstruksi pada esophagus yang lain, yaitu:

1. Stenosis Esophagus : adanya peradangan di esophagus oleh karena berbagai sebab dapat menimbulkan striktur, sehingga bila menelan makanan, makanan tersebut akan terkumpul di atas striktur. (4)

2. Webbing Esophagus; kontraksi otot esophagus \pm 2-3 cm yang melingkari lumen, sehingga menimbulkan obstruksi.

Hal ini bisa disebabkan oleh kelainan neuromuskuler.(4)

3. Obstruksi Esophagus , karena kelainan vasculer.

Pembesaran atrium kiri dapat menekan esophagus, sehingga dapat menimbulkan obstruksi.

4. Congenital Pharyngoesophageal diverticulum

Kelainan ini jarang diketemukan. (4,7)

5. Pharyngeal muscle weakness (kelemahan otot pharynx).

Diagnosa dini sangat menentukan prognosa penderita, karena tanpa terapi biasanya penderita akan meninggal dalam minggu pertama.

M I L I K
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
S U R A B A Y A

Selain diagnosa dini dan terapi, prognosa juga tergantung dari :

- Prematuritas

- Berat ringannya kelainan2 congenital yang menyertai

(6,12)

- Komplikasi2 yang timbul baik,

.sebelum operasi antara lain: pneumonia, dehidrasi maupun

.sesudah operasi antara lain:

Komplikasi dari gastrostomy : timbulnya ulcer, perforasi, obstruksi. (4,12)

Terjadi kebocoran, timbul strictur, divertikel pada bekas operasi, bisa terjadi fistel ke medias-tinum.

Sering terjadi infeksi paru khronis , walaupun sudah dioperasi, karena ada dugaan kelainan peristaltik pada esophagus.

RINGKASAN:

Seorang penderita bayi laki2 lahir 27 April 1989 secara spontan, tidak langsung menangis, cukup bulan, ditolong dukun. Bila setiap kali diberi minum, batu2, kersedak, muntah, sesak sampai kebiru2an , disertai keluar banyak cairan yang berbuih dari mulut dan hidung, karena adanya gejala tersebut, bayi dibawa ke bidan , walaupun sudah disedoti, cairan tetap keluar terus menerus dari mulut dan hidung yang kemudian dikirim ke U.G.D. R.S.U.D. Dr.Soetomo Surabaya pada Tgl.28 April 1989
Pemeriksaan fisik tgl.28 April 1989.

Tampak cyanosis, R.R. 72/menit , H.R. 142/menit

Paru : ronchi (+)/(+) basah dan kasar diseluruh lapangan paru.

Abdomen : meteorismus (+), bising usus (+) normal.

Alat kelamin:laki2, testis letak tinggi, rugae (+)

Anus : perforasi (+)

Extremitas: acral cyanosis.

Pada pemeriksaan dengan Nasogastric Catheter , tak dapat masuk sampai ke lambung.

Pemeriksaan X.Foto Thorax dan Abdomen Tgl.28-4-1989:

Tampak adanya tanda2 pneumoni pada paru2
Tampak adanya coiled catheter pada daerah trachea.
Abdomen: tampak udara dalam usus normal.

Pemeriksaan Esophagogram Tgl. 29-4-1989:

Tracheo Esophageal Fistula type C (klasifikasi menurut Vogt)

Dilakukan Gastrostomy pada tgl. 29-4-89

Karena keadaan umum yang makinmemburuk disertai pneumoni , penderita meninggal dunia tgl. 3-5-1989 (umur 6 hari) karena sepsis.

KESIMPULAN :

Telah dilaporkan tentang kasus Congenital Esophagus Atresia dengan Tracheo Esophageal Fistula pada bayi yang baru lahir. Kelainan ini ditegakkan berdasarkan adanya gejala2 tersedak, batuk, muntah , sesak sampai kebiru2an , bila diberi minum . Nasogastric tube tidak dapat masuk sampai lambung dan pada X.foto Thorax dan abdomen diketemukan adanya gambaran pneumoni, tampak coiled nasogastric catheter. Abdominal gas distension dan pada esophagogram diketemukan tracheo esophageal fistula type C.

Walaupun sudah dilakukan gastrostomy pada hari ke 2 setelah kelahiran, gejala2 pneumoni tak berkurang, penderita tetap sesak, yang menyebabkan penderita meninggal pada hari ke 6 setelah kelahiran.

KOMENTAR:

Dengan makin banyaknya kasus Atresia Esophagus dan Tracheo Esophageal Fistula yang diketemukan di R.S.U.D.

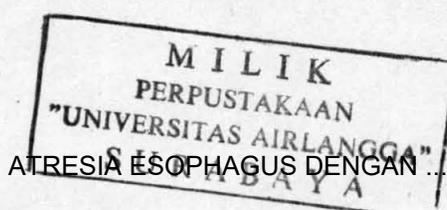
Dr. Soetomo Surabaya, menunjukkan:

1. Kesadaran penduduk untuk memeriksakan diri / keluarga untuk kedokter meningkat.
2. Gizi pada wanita mengandung pada trimester pertama masih kurang.
3. Menurut moderator pemeriksaan Atresia Esophagus dengan Tracheo Esophageal Fistula dengan kontras positif penting untuk tidakan operasi.

---oooo000oooo---

KEPUSTAKAAN:

1. Agus Harianto : Congenital Esophageal Atresia with Tracheo Esophageal Fistula (A Case Report): Konggres B.K.G.E.K.A.I. Solo, 1986.
2. Avery, G.B.: Neonatology, Pathophysiology and Management of the New Born; J.B.Lippincott co.; Philadelphia-Toronto; 1975. 627 - 633.
3. Bambang Suprijanto; Moch.Soebagyo Singgih; Sasongko: Atresia Esophagus dengan Tracheo Esophageal Fistula; Konggres Nasional IKARI ke IV; 1 - 5 Juli 1980, Surabaya, Hal. 480
4. Caffey, J.: Pediatric X-Ray Diagnosis.Vol.1; 6th.ed.; Year Book Medical Publishers Incrp.; Chicago,1985. 587-596
5. Day, D.L.: Aortic Arch in Neonates with Esophageal Atresia: Preoperative Assessment Using C.T.; Radiology, 155, 1985. 99 - 100.
6. Ellis R.W., Mitchell R.G.: Disease in infancy and Childhood 6th.ed.; E & S. Livingstone Ltd.; Great Britain; 1968. 112 - 113.
7. Kempe, C.H.; Silver, H.K. and O'Brien, D.: Current Pediatric Diagnosis Treatment. 6th.ed.; Maruzen Asian Edition; Lange Medical Publication Los Altos; California, Huntsment Offset Printing Pte.Ltd.; Singapore.1980. 82 - 83
8. Meschan. I.: Roentgen Signs in Diagnosis Imaging.Vol.I, 2nd.ed.; W.B. Saunders Co.; Philadelphia, 1984. 521 - 522.
9. Nelson, W.E.: Textbook of Pediatrics. 9th.ed.W.B. Saunders Co.;Philadelphia - London, 1969.
10. Scaffer, A.J.; Aery M.E.: Disease of the New born. 3th.ed.; W.B. Saunders Co.; Philadelphia- London- Toronto, 1971.
11. Thorek, P.: Disease of the Esophagus. J.B. Lippincott Co.; Philadelphia - London - Montreal; 1952. 27 - 29.



17.

12. Wade, A.; Jafri, S.Z.; Agha, F.P.; Vidyasagar, M.S.;
Coran, A.G.: Radiologic Evaluation of Gastrostomy Complica-
tions. A.J.R.; 141, August 1983. 325 - 330.
13. Waterston, D.J.; Bonham-Carter, R.E.; Aberdeen, E.:
Congenital Tracheo Esophageal ^Fistula in Association with
Esophageal Atresia. The Lancet, 13 July, 1963. 55 - 57.
14. Wilson, J.K.: Hydramnions as an early Sign of Oesophageal
Atresia. The Lancet, 21 Sept.; 1967. 569.

-----ooo000ooo-----

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
KOLEKSI KAMPUS UTARA
JL. Darmahusada 47. Telp. 44509
S U R A B A Y A

HARUS DIKEMBALIKAN TANGGAL

PAMERAN
01 AUG 1989

KK
618.923 2 Santosa, Flora
San
1 Laporan kasus : atresia esophagus de-
ngan tracheo esophageal fistula

No. MHS	NAMA PEMINJAM	Tgl. Kembali



