

PREVALENSI LIMFOMA
MALIGNA RONGGA MULUT

DI SURABAYA DAN SEKITARNYA
(PERIODE TAHUN 1988 - 1990)

11 - DEC 1992

PAMERAN



OLEH :

drg. DIANA NURWATI, MS.
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

1. LIMFOMA

2. NEOPLASMS

PREVALENSI LIMFOMA
MALIGNA RONGGA MULUT

DI SURABAYA DAN SEKITARNYA
(PERIODE TAHUN 1988 - 1990)

KKU

KK

616.994 46

Mur

P



OLEH :

drg. DIANA NURWATI, MS.
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

257/LP/PUA/H/02

PREVALENSI LIMFOMA
MALIGNA RONGGA MULUT
DI SURABAYA DAN SEKITARNYA

OLEH :

drg.DIANA NURWATI, MS

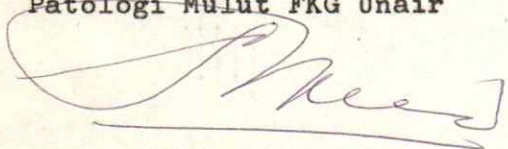
CERAMAH ILMIAH FKG

20 JULI 1992

Mengetahui :

Kepala Laboratorium

Patologi Mulut FKG Unair



drg.DIANA NURWATI, MS

NIP. 130 220 502

Ceramah Ilmiah

Sabtu, 20 Juni 1992.

PREVALENSI LIMFOMA
MALIGNA RONGGA MULUT
DI SURABAYA DAN SEKITARNYA

Oleh :

Drg. Diana Nurwati MS.

Lab. Patologi Mulut

Fak. Kedokteran Gigi

Universitas Airlangga

SURABAYA.

I. PENDAHULUAN.

Linfoma maligna merupakan tumor sistim limfoid-retikuler yang dapat terjadi diseluruh tubuh (Calderwood,1967 dan Hoediasmoro,1983). Di dalam rongga mulut merupakan kelainan yang jarang, baik pada rahang maupun pada jaringan lunak (Eisenbud. dkk,1983).

Penggolongan kelainan ini sampai sekarang terus berubah-ubah terutama untuk golongan non Hodgkin limfoma. Secara garis besar dikenal dua bentuk limfoma maligna yaitu Hodgkin limfoma yang mengandung sel raksasa Reed Sternberg dan non Hodgkin limfoma. Penggolongan Hodgkin limfoma sudah mantap, yaitu penggolongan Rye 1966 (Hoediasmoro,1983, Cotrans.dkk,1989), sedangkan penggolongan non Hodgkin antara lain ialah penggolongan dari Rappaort 1966, penggolongan Luke dan Collins 1974 dan "Working formulati-on" yang merupakan penyesuaian dari penggolongan tersebut.

Gejala klinisnya sangat bervariasi, pada tulang rahang dapat memberi kesan sebagai osteomyelitis khronis (Campbell.dkk, 1975 dan Cohen.dkk,1984) ataupun sebagai ameloblastoma. Prognosa ditentukan oleh lokalisasi,N.dkk,1989), stadium dan gambaran his tologinya (Masaki,N.dkk,1989 dan Benasso,M.dkk,1990).

Tampaknya prognosa pada jaringan lunak (gingiva) lebih mengun - tungkan bila dibandingkan dengan yang terjadi pada tulang rahang.

Oleh karena sejauh ini belum pernah dilaporkannya kasus limfoma maligna rongga mulut yang gambaran klinisnya lebih con - dong mencerminkan suatu proses peradangan dari pada keganasan

disertai akibat dari kelainan ini adalah fatal (menyebabkan kematian penderita), maka meskipun kasusnya jarang, makalah ini di tulis dengan harapan semoga dapat sedikit memberikan gambaran tentang limfoma maligna di dalam rongga mulut.

II. TINJAUAN PUSTAKA.

II.1. GAMBARAN NORMAL KELENJAR LIMFOID DAN PERUBAHAN PERUBAHAN-NYA.

Gambaran normal kelenjar getah bening umumnya berbentuk oval dengan ukuran penampang beberapa mm, sampai dengan lebih kurang dua cm. Konsistensinya lunak, pada penampang irisan gross tumor berwarna putih abu-abu dilapisi kapsul jaringan ikat dan pada beberapa tempat terdapat lubang-lubang tempat aferen limfatik yang menuju sinus bagian tepi yang berdekatan dengan kapsul. Percabangan dari sinus ke "node" berakhir di hilus.

Semua jaringan limfotikel dilapisi sel fagositik, mononuklear. Bagian korteks atau periferi terdiri dari jaringan limfoid yang disebut sebagai folikel primer yang mengandung sel B. Bila terjadi rangsangan antigen maka folikel primer membesar, pucat, dan terbentuk germinal senter yang terdiri dari sel-sel folikuler sentral.

Di sekitar germinal senter terdapat sel B, sedang sel T terdapat pada daerah parafolikuler. Sel plasma dan limfosit pada medula, sel retikuler berdekatan dengan kapsul.

Perubahan yang terjadi pada jaringan limfoid adalah proliferasi leukosit dan kelenjar limfoid yang dapat berupa

- reaksi peradangan.
- proliferasi neoplastik, dimana limfoma maligna tergolong dalam kelompok ini (Cotrans.dkk,1989).

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

II.2. DEFINISI.

Limfoma maligna ialah suatu neoplasma ganas yang terdiri dari proliferasi sel-sel jaringan asal yaitu jaringan limfoid berupa sel limfosit, histiosit dan sel prekursor lain beserta derivatnya. (Cotrans,dkk,1989).

Menurut Moore,dkk.(1970) yang disebut sebagai limfoma maligna adalah segolongan neoplasma ganas primer jaringan limfoid yang bersifat padat atau solid.

II.3. PENGGOLONGAN LIMFOMA MALIGNA.

Secara garis besar dikenal dua bentuk limfoma maligna yaitu Hodgkin limfoma atau penyakit dari Hodgkin dan limfoma non Hodgkin. Penggolongan diatas berdasarkan ada tidaknya sel datia jenis Reed Stenberg (R.S) yaitu suatu sel yang besar dengan diameter 14-45 mm, umumnya berinti dua dengan gambaran seolah-olah berdampingan seperti yang terlihat pada cermin.

Sitoplasmanya penuh dan amfopitik di mana inti yang besar tadi terletak didalamnya. Bagian tepi dari inti dikelilingi oleh lingkaran terang (halo) sehingga gambaran sel Reed Stenberg tadi tampak seperti mata burung hantu (Cotrans,dkk,1989)

Diantara kedua jenis penggolong diatas, penggolong Hodgkin limfomalah yang telah mantap, yaitu penggolongan berdasarkan Rye 1966 (Hoediasmoro,1983 dan Cotrans,dkk.1989).

Sedangkan penggolongan dari non Hodgkin limfoma dianggap belum mantap, dan masih terus berubah-ubah (Hoediasmoro,1983) dan kontroversial (Contrans,dkk.1989), yang menurut Hoediasmoro (1983) disebabkan karena penyebab pasti dari kelainan

ini belum diketahui secara jelas.

Penggolongan non Hodgkin limfoma seperti yang ditulis oleh Hoediasmoro (1983) dalam tesisnya, sangat banyak. Tiap peneliti mempunyai penggolongan sendiri-sendiri. Dua diantara banyak penggolongan penggolongan non Hodgkin limfoma yaitu penggolongan dari Rappaport 1966 dan penggolongan Luke dan Collins, 1974. Selain penggolongan di atas dikenal pula suatu Working formulation. Working formulation bukan suatu penggolongan baru tetapi merupakan penyesuaian dari penggolongan-penggolongan yang sudah ada untuk menetapkan batasan bagi masing-masing golongan dengan berdasarkan riwayat, prognosa dan kepekaan terhadap perawatan (Hoediasmoro 1983).

Penggolongan Rappaport ialah penggolongan berdasarkan gambaran morfologi yaitu gambaran sitologi dari sel dan pola pertumbuhan dari sel apakah berbentuk nodular ataukah difus. Penggolongan ini banyak dipakai di Amerika Serikat karena mudah dipelajari dan sudah diaplikasikan secara klinis (Cotrans, dkk, - 1989).

Penggolongan Luke dan Collins ialah penggolongan berdasarkan pada fungsi sel asal tumor yaitu sel T, sel B dan histiosit (Cotrans, dkk. 1989). Prognosa pada penggolongan fungsional ini lebih ditekankan pada ukuran sel. Sel berukuran kecil termasuk dalam "low grade malignant", sedang sel dengan ukuran besar termasuk dalam "high grade malignant" (Kusumawardoyo, 1992).

II.4. DISTRIBUSI INSIDENS DAN GAMBARAN KLINIS.

Lokalisasi limfoma maligna biasanya pada sentra-sentra limfoma retikuler yang besar, misalnya kelenjar getah bening, limpa,

timus, cincin Waldeyer atau kelenjar limfoid saluran makanan. Tetapi karena jaringan limfo retikuler tersebar di seluruh tubuh maka limfoma maligna dapat berlokalisasi di semua tempat dalam tubuh (Calderwood,1967 dan Hoediasmoro,1983).

Menurut Benasso,dkk,(1990) lokasi yang paling umum terletak pada daerah kepala dan leher, yang jumlahnya meliputi 3% dari semua keganasan di daerah tersebut. Selanjutnya dikatakan pula bahwa 25% - 50% berupa pertumbuhan ekstra nodal pada daerah cincin Waldeyer. Hal ini diperkuat oleh penelitian Brauneis,dkk,1989) yang berkesimpulan bahwa 13% dari keganasan yang terjadi pada daerah kepala dan leher adalah golongan limfoma maligna.

Meskipun sangat jarang limfoma maligna dapat terjadi pada di dalam rongga mulut (Frisch,dkk,1969, Calderwood,1967,Campbell,dkk.1975 dan Cohen,dkk,1984), baik pada jaringan lunak maupun tulang (Eisenbud,dkk,1983).

Gambaran klinis pada rongga mulut seperti yang digambarkan oleh Frisch,dkk,(1966) berupa dungkul yang mudah berdarah, dasarnya bertangkai, permukaannya tidak rata dan terletak pada gingiva daerah interdental.

Pada rontgen foto tidak menunjukkan tanda-tanda hilangnya tulang. Lokasi dari lesi ialah pada rahang atas regio kaninus dan premolar.

Pada potongan gross (makroskopis) tumor tampak berupa masa jaringan berwarna abu-abu dengan ukuran 3x1x1cm. Kelainan tersebut klinis di diagnosa sebagai granuloma pyogenikum. Sedangkan diagnosa histopatologi ternyata adalah suatu "reticulum-cell sarcoma" (istilah lama, istilah baru adalah histiositik limfoma). Peneliti lainnya yaitu Calderwood,(1967) juga mengatakan pada laporan

kasusnya bahwa limfoma maligna pada gingiva berupa tungkul bertangkai yang mudah berdarah yang secara klinis di diagnosa sebagai "peripheral giant-cell reparative granuloma" dengan lokasi rahang bawah regio maninus kanan. Kelainan tersebut secara histopatologi ternyata adalah "primary reticulum cell sarcoma" (histiositik limfoma).

Agak berbeda dengan gambaran limfoma maligna jaringan lunak rongga mulut, pada tulang rahang kelainan ini memberi gambaran berupa pembengkakan yang sakit disertai parastesia yang secara klinis dan rontgenologis gambarannya seperti osteomyelitis khronis berupa gigi-gigi yang goyang, daerah yang udematus, eksudat purulen berwarna abu-abu di sekitar gigi, dan rontgenologi gambarannya memberi kesan suatu osteomyelitis khronis sehingga secara klinis kelainan tersebut didiagnosa sebagai osteomyelitis khronis. Tetapi setelah dilakukan pemeriksaan histopatologi ternyata suatu primary reticulum-cell sarcoma (histiositik limfoma (Campbell, 1975)).

Berdasarkan usia dan jenis kelamin penderita seperti yang dilaporkan oleh Campbell, dkk, (1975) mempunyai perbandingan antara pria dan wanita adalah 3:1 dengan usia termuda 8 th. tertua - 69 th, usia rata-rata 32,2 th dan 56% dari penderita berusia kurang dari 30 th.

Morrow, dkk, (1977) melaporkan dari 25 kasus limfoma maligna rongga mulut yang ditemukan, penderita wanita 15 kasus pria 10 kasus dengan usia antara 12 th - 89 th. Lokasi yang paling sering yaitu rahang atas, submandibula dan lidah. Peneliti lainnya yaitu Eisenbud, dkk, (1983) dalam penelitiannya dari 31 kasus non Hodgkin limfoma mendapatkan hasil yaitu 6 kasus terjadi pada a-

anak-anak, orang dewasa 25 kasus dengan usia antara 30th--89th
89 th, penderita wanita 17 kasus, pria 14 kasus.

III. BAHAN DAN CARA KERJA.

Data diambil dari file kasus kasus penderita limfoma maligna di Laboratorium patologi fakultas kedokteran Univ. Airlangga Surabaya sebagai sentra laboratorium patologi di Surabaya dari tahun 1988 sampai dengan tahun 1990. Dilakukan pendataan ulang berdasarkan, usia, jenis kelamin, lokalisasi, diagnosa histopatologi, diagnosa klinis dan dibuat reevaluasi ulang secara histopatologi kemudian di tabulasi.

IV. H A S I L.

Selama periode 3 tahun yaitu dari tahun 1988 sampai dengan tahun 1990 di dapatkan 129 kasus limfoma maligna daerah kepala dan leher, dimana kasus limfoma maligna rongga mulut berjumlah 7 kasus (5,56%) yaitu pada gingiva 1 kasus (0,80%), pada rahang bawah 4 kasus (3,17%), pada rahang atas termasuk palatum 2 kasus (1,59%), (tabel II).

Selanjutnya pada tabel I dapat dilihat bahwa dari ke-17 kasus tersebut hanya 1 kasus secara histopatologi didiagnosa sebagai Hodgkin limfoma, 6 kasus lainnya termasuk dalam golongan non Hodgkin limfoma dengan diagnosa histopatologinya adalah limfositik limfoma maligna. Limfositik limfoma maligna Well differentiated 2 kasus, limfositik limfoma maligna poorly differentiated 3 kasus, limfoma maligna mixed limfosit dan histiosit 1 ka-

sus. Secara klinis 2 kasus didiagnosa sebagai proses keganasan termasuk yang masuk dalam taraf dugaan atau "Suspect".

Didiagnosa sebagai tumor 4 kasus dan 1 kasus didiagnosa sebagai ameloblastoma.

Distribusi usia dapat di lihat pada tabel III yaitu usia antara 21 th. s/d 70 th, dengan usia rata-rata adalah 45 th.

Usia termuda 24 th. usia tertua 65 th, penderita pria di bandingkan wanita adalah 2 : 5 (tabel I).

V. PEMBAHASAN.

Limfoma maligna rongga mulut merupakan neoplasma ganas rongga mulut yang tergolong jarang yaitu meliputi 5,56% dari keseluruhan kasus yang berada pada daerah kepala dan leher.

Golongan yang terbanyak ialah non Hodgkin limfoma dengan pola pertumbuhan difus (6 dari 7 kasus). Ini sesuai dengan pendapat Brauneis,dkk,(1989) yang dalam laporannya mengemukakan golongan yang terbanyak ialah non Hodgkin. Sedang pola pertumbuhan lebih condong difus (Wong,D.S.dkk,1975, Eisenbud,dkk,1983).

Kelainan ini pada rongga mulut tidak mempunyai kecendrungan usia tertentu seperti yang digambarkan oleh peneliti-peneliti tersebut, dimana penyebarannya tidak merata. Namun demikian dapat dikatakan bahwa kelainan tersebut menunjukkan distribusi usia mulai dari bayi sampai dengan usia lanjut.

Demikian pula dengan jenis kelamin, pada beberapa penulis lebih banyak pada golongan wanita (Eisenbud,dkk,1983 dan Morrow,dkk,1977) sedang penulis lainnya terbanyak pada pria (Campbell

dkk,1975).

Di rongga mulut limfoma maligna lebih banyak terjadi di dalam tulang rahang (Eisenbud,dkk,1983) dari pada jaringan lunak(gingiva). Demikian pula pada penelitian ini.

Gambaran klinis pada rongga mulut dari kelainan ini mempunyai manifestasi yang berbeda-beda sesuai dengan lokalisasinya. Penyebaran lesi dan derajat destruksinya pada tulang dapat memberi kesan suatu osteomyelitis khronis (Campbell,dkk,1975 dan Cohan,dkk,1984).

Pada penelitian ini salah satu dari kasus yang terjadi pada tulang rahang secara klinis didiagnosa sebagai ameloblastoma. Tampaknya gambaran klinis di dalam rongga mulut tidak mendukung sifat keganasan dari tumor. Dalam penelitian ini 5 dari 7 kasus didiagnosa sebagai proses yang jinak (termasuk ameloblastoma), 2 sebagai proses keganasan (termasuk suspect).

Lokalisasi menentukan prognosis dari kelainan ini (Masaki, N. - dkk,1989).

Pada jaringan lunak (gingiva) prognosanya baik seperti laporan Frich,dkk,(1966) dan Calderwood,(1967) yang menyatakan tidak terjadi kekambuhan setelah pengambilan tumor. Berbeda halnya dengan limfoma maligna yang terjadi pada tulang rahang, kelainan ini dapat menyebabkan fraktura tulang bahkan kematian penderita(Cohen, dkk,1984). Selain prognosa juga ditentukan oleh stadium dan gambaran histologinya (Masaki,N.dkk,1989) dan Benasso,M.dkk,1990).

VI. KESIMPULAN DAN SARAN.

- Limfoma maligna rongga mulut tergolong kasus yang jarang.
- Gambaran klinis tidak mendukung gambaran histopatologinya.
- Prognosa ditentukan oleh lokalisasi, stadium dan gambaran histologinya.
- Limfoma maligna merupakan tumor ganas yang dapat menyebabkan kematian.
- Dokter gigi di anjurkan untuk lebih tanggap terhadap adanya kelainan yang mirip suatu osteomyelitis kronis pada rahang, granuloma pyogenikum dan peripheral giant-cell reparative granuloma.
- Setiap diagnosa klinis sebaiknya dikomfirmasi dengan hasil pemeriksaan histopatologi.

TABEL I : Berdasarkan jenis kelamin, usia, lokalisasi, diagnosa histopatologi (DX HPA) dan diagnosa klinis (DX klinis).

No.	Jenis Kelamin	Usia (th)	Lokalisasi	DX HPA.	DX klinis
1.	W	65	Palatum	Limfositik, LM,PD,dif.	Susp tumor palatum
2.	P	58	R.B.	Mixed Cellularity,HL.	Tumor
3.	W	45	R.B.	LM,PD,dif Mixed limfosit dan histiosit.	Ameloblastoma
4.	W	24	R.B.	Limfositik,LM,WD,dif.	Tumor
5.	W	35	R.B.	Limfositik,LM,PD,dif.	Susp Astrogenik sarkoma.
6.	P	48	R.A.	Limfositik,LM,WD,dif.	Susp Malignansi
7.	W	60	R.A.	Limfositik,LM,PD,dif.	Tumor

KETERANGAN :

LM : Limfoma maligna

HL : Hodgkin limfoma

PD : Poorly differentiated

W.D : Well differentiated

Dif : Difus.

TABEL II : Prosentasi limfoma maligna rongga mulut berdasarkan lokalisasi dibandingkan jumlah seluruh kasus (126 kasus).

Lokalisasi	Jumlah kasus	%
R. B.	4	3,17
R. A.	2	1,59
Gingiva	1	0,80
Jumlah	7	5,56

TABEL III : Berdasarkan usia

Usia (th)	Jumlah kasus
21 - 30	1
31 - 40	1
41 - 50	2
51 - 60	2
61 - 70	1
Jumlah	7

Table 15 - 1. A Working Formulation of Non-Hodgkin's Lymphomas for Clinical Usage (Equivalent or Related Terms of Rappaport and Lukes-Collins Classifications Are Shown)

WORKING FORMULATION	RAPPAPORT CLASSIFICATION	LUKES-COLLINS CLASSIFICATION
Low-Grade		
A. Small lymphocytic	Lymphocytic, well differentiated	Small lymphocyte and plasmacytoid lymphocytic
B. Follicular, predominantly small cleaved cell	Nodular, poorly differentiated lymphocytic	FCC, small cleaved
C. Follicular, mixed small cleaved and large cell	Nodular, mixed lymphocytic histiocytic	FCC, small cleaved and large cleaved
Intermediate-Grade		
D. Follicular, predominantly large cell	Nodular, histiocytic	FCC, large cleaved and/or noncleaved
E. Diffuse, small cleaved cell	Diffuse, poorly differentiated lymphocytic	FCC, small cleaved diffuse
F. Diffuse, mixed small and large cell	Diffuse, mixed lymphocytic and histiocytic	FCC, small cleaved, large cleaved, or large noncleaved
G. Diffuse, large cell	Diffuse histiocytic	FCC, large cleaved or noncleaved
High-Grade		
H. Large cell, immunoblastic	Diffuse histiocytic	Immunoblastic B- or T-cell type
I. Lymphoblastic	Lymphoblastic lymphoma	Convuluted T-cell lymphoma
J. Small noncleaved cell	Undifferentiated, Burkitt's and non-Burkitt's	FCC, small noncleaved
Miscellaneous		

Bahan diambil dari Cotran, R.S, MD, Kumaki, MD, Robbins, SJ, MD. (1984): Hal. 703-722.

KEPUSTAKAAN.

1. Benasso, M; Blengio, F; Merlano, M; Cavallari, M; Bacigalupo, A; Scala, M; Mereu, P; Scasso, F; dan Garafenta, G. (1990).
Lymphoma of the Waldeyer's Ring : experione at the National institute for cancer researsch of genoa:
Acta-otorhinolaryngol-Ital 10:5 hal 439-445.
2. Brauneis, J; Schroder, M; Laskawi, R. (1989) :
Manifestation of malignant lymphoma of the head and neck w
neck with special reference to the salivary glands :
laryngorhinootologic; 68:11 hal 607-610.
3. Calderwood, R.G. (1967) : Primary reticulum-cell sarcoma of gi-
ngiva : Osomop 24:1 hal 71-77.
4. Campbell, R.L; Kelly, D.E; dan Burkes, E.J.Jr. (1975): Primary re-
ticulum-cell sarcoma of the mandible : O.surg 39:6
hal 918-928.
5. Cohen, M, A; Bender, S dan Struthers, P.J. (1984) : Hodgkin's di-
sease of the jaws : O, Surg 57:4 hal 413-417.
6. Cotran, R, S, MD, Robbins, Sl, MD; (1984) : Robbin pathologic basis
of disease 4th ed, WB Saunders Comp. Saint Louis hal
703-722.
7. Eisenbud, L; Mir, R; Sciubba, J dan Sachs, S.A. (1983):
Oral presentation in non Hodgkin's lymphoma : A.Revi-
ew of thirty-one cases: Part 1. Data analysis : O, Surg
56:2, hal 151-156.
8. Frisch, J. dan Bhaskar, SNC. (1966) : Reticulum-cell sarcoma of
the gingiva : Osomop 21:2 hal 236-239.

9. Hoediasmoro, D.S. (1983) : Morfologi, limfoma maligna non Hodgkin. Kelenjar getah bening leher di Surabaya dan sekitarnya. Tesis memperoleh gelar Doktor di Univ. Airlangga.
10. Kusumowardoyo, (1992) : Bahan kuliah patologi untuk Fakultas Kedokteran Unair. (1992).
11. Masaki, N; Ikeda, H; Matayoshi, Y; Hurayama, S; Fujiata, M; Kozuka, T. (1989): Prognostic factors Malignant Lymphoma : Gan-No- Rinsho 35:13, hal 1591-1595.
12. Moore, C, (1970) : Synopsis of clinical cancer, 2nd Ed, the C.V. Mosby Comp, Saint Louis hal 199-210.
13. Morrow, D.J, Trott, J.R. dan Buntine, D.W. (1977): Malignant lymphomas of the oral region : Can Farce Dent Serv quart 18: 1-7.
14. Wong, D.S; Fuller, L.M; Butler, J.J dan Shullen Berger, C.C. (1975): Extra nodal non Hodgkin's lymphoma of the head and neck : An, J. Rontgenol 123:3, hal 471-481.

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
KOLEKSI KAMPUS : U T A R A
JL. DHARMAHUSADA 47, TELP. 44509
S U R A B A Y A

HARUS DIKEMBALIKAN TANGGAL

1 - DEC 1997
1 - DEC 1992

PAMERAN

KK
616.994 46

KKU

Nur
p

PREVALENSI Limfoma Maligna Rongg..
Nurwati, Diana

No. MHS	NAMA PEMINJAM	Tgl. Kembali

