

Eksisi dengan *Rhomboid Flap* pada Karsinoma Basoskuamosa di Area Temporal: Laporan Kasus

Excision with Rhomboid Flap on Temporal Basosquamous Carcinoma: A Case Report

Arif Widiatmoko, Sinta Murlistyarini, Silfia Mandasari

Departemen/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya / RSUD dr. Saiful Anwar, Malang

ABSTRAK

Latar belakang: Karsinoma basoskuamosa merupakan varian agresif karsinoma sel basal (KSB) yang jarang serta memiliki kecenderungan rekuren dan metastasis. Teknik *Rhomboid flap* merupakan salah satu teknik penutupan luka eksisi luas di area temporal. **Tujuan:** Mengevaluasi kasus jarang karsinoma basoskuamosa dan salah satu tatalaksananya. **Kasus:** Seorang perempuan usia 43 tahun datang dengan keluhan benjolan pada pelipis kiri yang mudah berdarah sejak 6 bulan. Status dermatologis pada regio temporal sinistra didapatkan tumor soliter berbentuk bulat dengan diameter 1,2 cm disertai erosi dan krusta kehitaman. Pemeriksaan dermoskopi menunjukkan telangiectasis tidak teratur, masa keratin, area keputihan dan ulserasi. Pemeriksaan *Fine Needle Aspiration Biopsy* menunjukkan sebaran dan kelompok sel-sel dengan inti bulat-oval, pleomorfik hiperkromatik, membran inti ireguler. Eksisi dengan jarak irisan 5 mm dari tepi tumor dan *Rhomboid flap* dilakukan untuk mengangkat tumor dan menutup luka. Pemeriksaan histopatologis sesuai gambaran karsinoma basoskuamosa yang menunjukkan proliferasi sel-sel berinti bulat-oval, pleomorfik, hiperkromatik, dengan nukleolus prominen. Sel di bagian tepi tersusun *palisading* dengan *retraction spacer* menginfiltrasi stroma. Tidak didapatkan pembesaran kelenjar getah bening dan tidak didapatkan metastasis pada foto rontgen toraks. **Pembahasan:** Karsinoma basoskuamosa merupakan bentuk agresif dari KSB. Eksisi dengan jarak irisan > 4 mm bisa digunakan untuk terapi KSB *non-morpheaform* dengan diameter < 2 cm. *Rhomboid flap* berbentuk belah ketupat digunakan untuk menutup luka di area temporal dan memberi hasil yang baik secara kosmetik dengan sedikit komplikasi. **Simpulan:** Eksisi dengan jarak irisan 5 mm dan *Rhomboid flap* memberikan hasil yang baik untuk karsinoma basoskuamosa area temporal.

Kata kunci: karsinoma basoskuamosa, area temporal, eksisi, *Rhomboid flap*.

ABSTRACT

Background: Basosquamous carcinoma is a rare aggressive variant of basal cell carcinoma (BCC) which had tendency to recurrence and metastasis. Rhomboid flap technique is one of wound closure technique for wide excision on temple area. **Purpose:** To discuss a rare case of basosquamous carcinoma and one of the treatments. **Case:** A 43-years-old woman with a major complaint of lumps appears on the left temple which is easily bleeding in 6 months. Dermatological examination on sinistra temporal region showed solitary rounded tumor with diameter 1,2 cm and erosion with black crust. Dermoscopy examination showed irregular telangiectasia, keratin mass, whitish area and ulceration. Fine Needle Aspiration Biopsy showed widespread and grouped of cells with round-oval nucleus, hyperchromatic pleomorphic, irregular nucleus membrane. Excision with Rhomboid flap was done to take the tumor out and close the wound. Histopathologic examination appropriate with basosquamous carcinoma which showed proliferation of round-oval, pleomorphic, hyperchromatic with prominent nucleolus. Cells on edge area arranged palisading with retraction spacer infiltrating the stroma. No enlarged lymph nodes were obtained and no metastases were found on thoracic x-rays. **Discussion:** Basosquamous carcinoma is an aggressive type of BCC. Excision with margin more than 4 mm could be used for non-morpheaform BCC with diameter less than 2 cm. Rhombus shape rhomboid flap was used to close the wound on temple and gave better cosmetic result with few complications. **Conclusion:** Excision with margin 5 mm and Rhomboid flap gave good result for temple basosquamous carcinoma.

Key words: basosquamosa carcinoma, temple area, excision, Rhomboid flap.

Alamat korespondensi: Arif Widiatmoko. Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Rumah Sakit Umum Daerah dr Saiful Anwar, Jl. Jaksa Agung Suprpto no 2 Malang, Telp/Fax: (0341-340991, HP: 08123388015, E-mail: drarifspkk@gmail.com

PENDAHULUAN

Karsinoma basoskuamosa merupakan varian karsinoma sel basal yang jarang dan merupakan gabungan histomorfologi karsinoma sel basal dan sel skuamosa.¹⁻³ Angka kejadian karsinoma basoskuamosa adalah sekitar 1,2% dari seluruh kanker kulit non melanoma. Karsinoma ini muncul terutama di kepala dan leher. Tidak banyak laporan ataupun kepustakaan mengenai etiologi penyakit ini.⁴⁻⁶ Secara klinis dan morfologis karsinoma basoskuamosa mirip dengan karsinoma sel basal lainnya tetapi tumor ini lebih agresif dengan kemungkinan kekambuhan dan risiko metastasis yang tinggi.^{3,7}

Manajemen terapi karsinoma basoskuamosa didasarkan pada pedoman terapi untuk karsinoma sel basal sub tipe histologi agresif. Eksisi adalah salah satu terapi pilihan untuk kasus ini. Tujuan manajemen terapi suatu tumor adalah mengangkat seluruh tumor dengan hasil kosmetik yang dapat diterima.⁸ Penutupan luka bedah yang luas dapat disertai dengan *flap* transposisi. *Flap* transposisi adalah salah satu dari desain *random pattern flap* yang kompleks. Teknik yang sering dilakukan adalah *Rhomboid flap*.⁹ Berikut dilaporkan kasus karsinoma basoskuamosa di area temporal yang diangkat dengan cara eksisi dengan *Rhomboid flap*. Laporan kasus ini disusun untuk berbagi informasi tatalaksana kasus karsinoma basoskuamosa di area temporal, sehingga bisa menjadi salah satu sumber kepustakaan untuk kasus karsinoma basoskuamosa lainnya.

LAPORAN KASUS

Seorang wanita usia 43 tahun datang dengan keluhan utama muncul benjolan pada pelipis kiri dan mudah berdarah sejak 6 bulan yang didahului luka tanpa diketahui penyebabnya di atas tanda lahir di pelipis kiri. Benjolan tidak terasa gatal dan tidak nyeri. Pasien memiliki tanda lahir berupa benjolan-benjolan sewarna kulit kecil pada pelipis kiri. Benjolan awalnya hanya berupa bercak datar dan ketika mulai dewasa benjolan semakin membesar dan menonjol. Pasien bekerja sebagai buruh pabrik rokok sejak 20 tahun lalu. Setiap harinya pasien bekerja membungkus tembakau menjadi lintingan-lintingan rokok. Pasien berjalan kaki dari tempat kerja ke rumahnya yang berjarak 1,5 km tanpa menggunakan pelindung dari sinar matahari seperti tabir surya atau pelindung lainnya. Pasien terkadang menggunakan topi untuk menghindari paparan sinar matahari. Riwayat kanker kulit pada pasien dan keluarga disangkal.

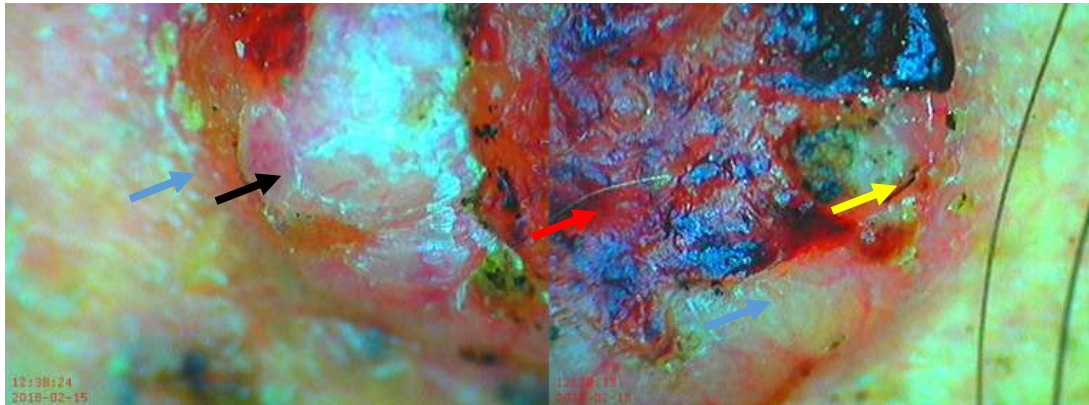
Keadaan umum dan pemeriksaan fisik dalam batas normal. Tidak didapatkan pembesaran kelenjar getah bening. Pemeriksaan status dermatologis pada regio temporal sinistra didapatkan tumor soliter bentuk tidak bulat diameter 1,2 cm dengan erosi dasar eritema dan krusta. Tumor tumbuh di atas plak sewarna kulit berbatas tegas, tidak berambut, bentuk ireguler (Gambar1).



Gambar 1. Tumor soliter bentuk bulat diameter 1,2 cm disertai erosi dan krusta kehitaman di regio temporal sinistra.

Pemeriksaan dermoskopi menunjukkan telangiektasis dengan penjalaran vaskuler dari berbagai arah dengan pola yang tidak teratur, masa keratin,

beberapa area keputihan, ulserasi disertai krusta coklat dan kehitaman, serta skuama superfisial (Gambar 2).

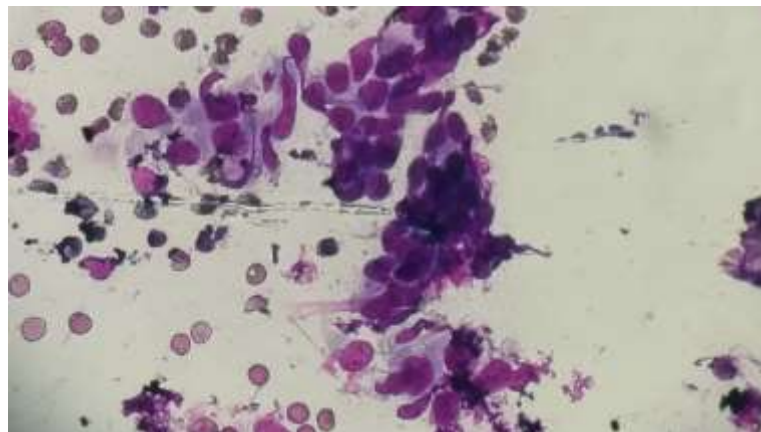


Gambar 2. Gambaran dermoskopi lesi tampak telangiektasis dan penjalaran vaskuler dengan pola tidak teratur (panah biru), beberapa area keputihan (panah hitam), ulserasi disertai krusta coklat dan kehitaman (panah merah), serta skuama superfisial (panah kuning).

Pemeriksaan *fine needle aspiration biopsy* (FNAB) menunjukkan sebaran kelompok sel-sel berinti bulat-oval dan sebagian spindel, pleomorfik hiperkromatik, membran inti ireguler dengan latar belakang debris nekrotik, serta tampak sel radang limfosit dan neutrofil (Gambar 3).

Pasien direncanakan untuk dilakukan bedah eksisi dan *Rhomboid flap* dengan batas pengangkatan jaringan 5 mm dari tepi tumor. Pasien tidak mempunyai

riwayat alergi obat anestesi, dan riwayat keloid. Pasien diberikan edukasi mengenai kecurigaan penyakit yang diderita, penatalaksanaan, serta kemungkinan komplikasi, bekas luka operasi dan skar hipertrofi. Pemeriksaan laboratorium darah lengkap, faal hemostasis, faal hepar dan faal renal dalam batas normal. Pemeriksaan foto *roentgen* thoraks tidak menunjukkan kelainan dan tidak terdapat gambaran metastasis.



Gambar 3. Sebaran kelompok sel-sel dengan inti bulat-oval dan sebagian spindel, nukleolus hiperkromatik, membran inti ireguler dengan sel radang limfosit dan neutrofil (*Fine Needle Aspiration Biopsy* (FNAB) pembesaran 1000x).

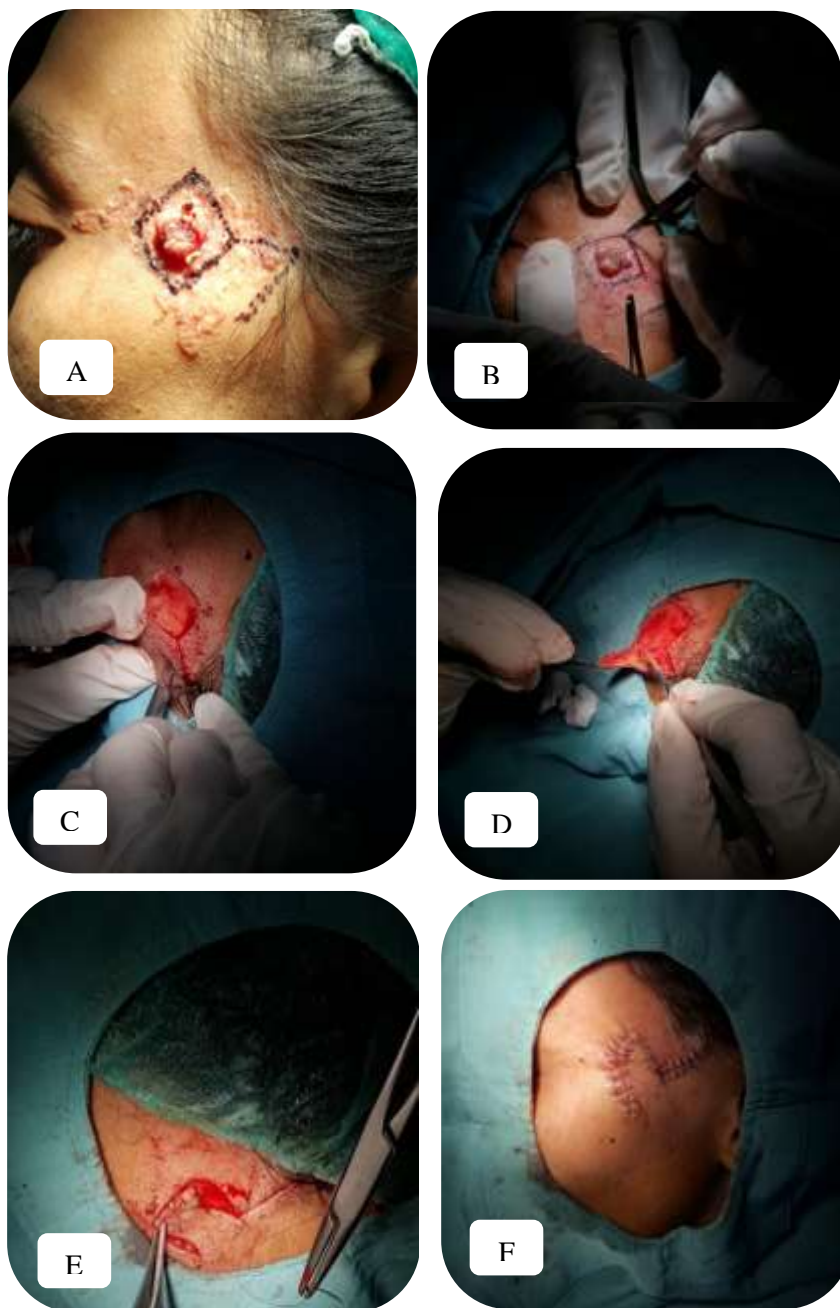
Flap transposisi dengan desain *Rhomboid* ditentukan sebagai teknik yang akan digunakan pada kasus ini. Eksisi dibuat pada pola dua buah segitiga sama sisi membentuk bangun belah ketupat dengan sudut 60° dan 120°, dengan panjang masing-masing sisi 1,6 cm. Selanjutnya dari distal sudut 120° ditarik garis

menjauh dari rancang belah ketupat. Pada ujung garis pertama, dibuat garis kedua dengan sudut 60° dengan panjang yang sama serta sejajar dengan sisi belah ketupat, dengan panjang 1,6 cm. *Undermining* secara tumpul pada dasar *flap* dilakukan setelah eksisi komplit. *Flap* digerakkan untuk menutup defek setelah

tegangan dan mobilitas jaringan dievaluasi. Luka eksisi kemudian ditutup dengan jahitan interuptus menggunakan benang 5/0 *polypropylene monofilament non-absorbable* (Gambar 4).

Tumor berada pada zona bahaya di temporal sinistra sehingga eksisi dan *undermining* dilakukan dengan hati-hati. Kedalaman eksisi dilakukan sampai

area subkutan tepat dibawah dermis dalam. Evaluasi nervus fasialis dilakukan setelah tindakan operasi menunjukkan tidak adanya gangguan fungsi nervus fasialis yaitu pasien dapat mengangkat alis, mengerutkan kulit antara kedua alis, serta memejamkan mata dengan baik.



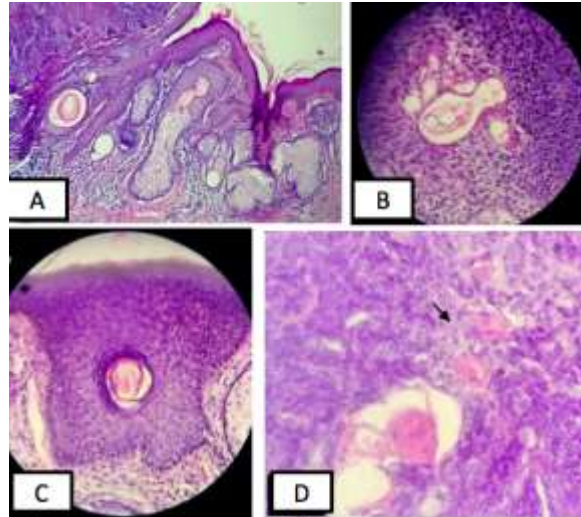
Gambar 4. Prosedur bedah eksisi dengan *Rhomboid flap*. A. Penandaan daerah eksisi dengan membentuk bangun belah ketupat dengan sudut 60° dan 120° . B. Eksisi dilakukan sepanjang garis bangun belah ketupat. C. Insisi pada garis *flap* yang telah ditandai. D. *Undermining* jaringan donor. E. Jaringan donor ditarik kearah resipien dan dilakukan penjahitan pada titik tengah sebagai jahitan kunci. F. Defek ditutup dengan jahitan interuptus.

Pemeriksaan histopatologis menunjukkan potongan jaringan yang terdiri dari proliferasi sel-sel

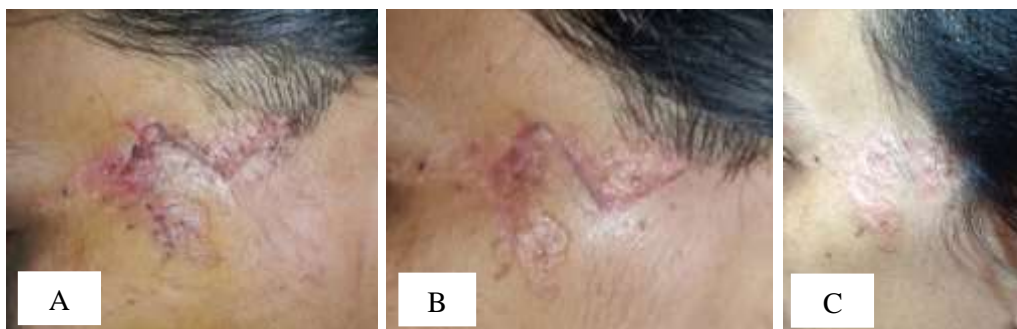
poligonal, pleomorfik, berinti bulat-oval, hiperkromatik, dengan nukleoli prominen, tepi

tersusun *palisading* dengan *retraction spacer*, infiltrasi antara stroma jaringan ikat dengan sebaran sel radang limfosit serta massa keratin (Gambar 5). Komponen skuamosa diwakili proliferasi sel-sel besar, pleomorfik, dan berinti terang. Jarak tumor ganas dari tepi sayatan superior 3 mm, dari tepi sayatan inferior 5 mm, dari tepi sayatan medial 3 mm, dan dari lateral 3 mm. Pada tepi tumor tampak papilomatosis, akantosis, hiperkeratosis ringan epidermis dengan kelenjar sebacea berada tepat dibawah epidermis disertai folikel rambut.

Evaluasi 7 hari setelah operasi tampak penutupan luka lengkap tanpa tanda infeksi dan tidak didapatkan skar hipertrofik. Evaluasi 14 hari setelah operasi tampak garis bekas jahitan tanpa komplikasi dengan hasil kosmetik yang dapat diterima pasien. Evaluasi 8 bulan setelah operasi nampak skar tipis di atas lesi nevus sebaceous (Gambar 6). Pasien diberikan edukasi mengenai penyakitnya, meningkatkan kewaspadaan terhadap kemungkinan kambuh dan upaya menghindari faktor risiko. Pengawasan jangka panjang dilakukan dengan perencanaan observasi setiap 6 bulan.



Gambar 5. Histopatologi tumor. A. Epidermis menunjukkan gambaran papilomatosis, akantosis, hiperkeratosis ringan dengan kelenjar sebacea berada tepat dibawah epidermis (pewarnaan hematoxilin eosin (HE) pembesaran 4x). B. Massa keratin dikelilingi sel-sel kecil hiperkromatik dan sel skuamosa dengan sel-sel besar berinti terang (pewarnaan hematoxilin eosin (HE) pembesaran 40x). C. Tumor berupa sel-sel poligonal, hiperkromatik, nukleoli prominen dengan tepi *palisading* (pewarnaan hematoxilin eosin (HE) pembesaran 40x). D. Komponen skuamosa berupa proliferasi sel-sel besar, pleomorfik, dan berinti terang (pewarnaan hematoxilin eosin (HE) pembesaran 40x).



Gambar 6. Evaluasi pasien. A. Evaluasi setelah 7 hari operasi saat angkat jahitan. B. Evaluasi 14 hari setelah operasi. C. Evaluasi 8 bulan setelah operasi.

PEMBAHASAN

Karsinoma basoskuamosa pertama kali didefinisikan pada abad ke-20 sebagai neoplasma dengan koeksistensi histomorfologi karsinoma sel

basal dan karsinoma sel skuamosa tanpa zona transisi diantaranya.^{3,10} Nama lain dari karsinoma basoskuamosa adalah karsinoma metatipikal atau *basaloid squamous cell carcinoma*.⁷ Karsinoma

basoskuamosa adalah jenis karsinoma yang sangat jarang.¹¹ Angka kejadian karsinoma basoskuamosa ini hanya 0.4% hingga 12% dari seluruh angka kejadian karsinoma sel basal,¹⁰ kurang dari 2% dari seluruh kanker kulit non-melanoma,² dan kurang 2% dari semua kanker kulit.¹²

Berdasarkan beberapa laporan kasus didapatkan bahwa karsinoma ini dapat tumbuh dari aktinik keilitis¹³, xeroderma pigmentosum¹⁴, atau dapat juga dari luka kronis akibat paparan laser ablatif.¹⁵ Tumbuhnya karsinoma basoskuamosa dari nevus sebaceous merupakan kasus langka. Kasus karsinoma basoskuamosa yang tumbuh pada nevus sebaceous pertama kali dilaporkan oleh Koc dan kawan-kawan.⁶

Nevus sebaceous yang disebut juga sebagai *Nevus sebaceous of Jadassohn* pertama kali ditemukan oleh Jadassohn pada tahun 1895. Nevus ini adalah hamartoma kongenital kulit yang disebabkan hiperplasia epidermis, sebacea, folikel rambut dan kelenjar apokrin.^{7,16} Berbagai jenis tumor dapat muncul dari nevus ini, namun sebagian besar adalah tumor jinak.^{8,16} Penelitian oleh Cribier dan kawan-kawan menunjukkan sekitar 90% tumor yang muncul pada *nevus sebaceous of Jadassohn* merupakan tumor jinak.^{8,16} Pertumbuhan tumor ganas dari *nevus sebaceous of Jadassohn* juga telah dilaporkan walaupun angka kejadiannya lebih sedikit.⁸ Studi epidemiologi yang dilakukan oleh Rosen H. dan kawan-kawan, dari tahun 1990-2008, didapatkan kejadian karsinoma sel basal yang berasal dari nevus sebaceous adalah sekitar 0,8%.⁷

Peningkatan paparan sinar matahari tanpa adanya pelindung merupakan faktor yang berperan pada munculnya karsinoma.² Selain lamanya paparan, pola, dan banyaknya paparan UV, faktor lain seperti usia dan paparan tembakau tampaknya juga berperan penting terhadap kejadian karsinoma ini.^{2,11} Diketahui juga bahwa terjadi peningkatan risiko yang lebih besar pada paparan matahari dengan intensitas intermiten dibandingkan paparan terus menerus dengan derajat yang sama.¹¹

Karsinoma basoskuamosa tidak dapat dibedakan secara klinis dari karsinoma sel basal lainnya. Karsinoma ini hanya dapat ditegakkan berdasarkan pemeriksaan histopatologik. Karakteristik klinis dan predileksi karsinoma basoskuamosa mirip seperti karsinoma sel basal lainnya.⁶ Predileksi karsinoma basoskuamosa ini adalah pada area paparan matahari seperti daerah kepala, leher, badan, lengan dan kaki.^{7,11}

Karsinoma basoskuamosa termasuk dalam golongan karsinoma risiko tinggi berdasarkan sifat patologiknya seperti pada tipe *morpheaform*, infiltratif, dan karsinoma sel basal dengan invasi perineural. Hal itu berdasarkan klasifikasi lesi risiko tinggi menurut *National Comprehensive Cancer Network*.

Berdasarkan manifestasi klinis, yang termasuk lesi risiko tinggi adalah jaringan tumor yang lebih dari 2 cm, lokasi tumor pada kepala dan leher terutama wajah, kelopak mata, hidung, telinga, tumor dengan batas yang tidak tegas, lesi yang cenderung kambuhan, riwayat radioterapi dan immunosupresi.¹⁷

Karakteristik dermoskopi dari karsinoma basoskuamosa menggambarkan baik kriteria dermoskopik karsinoma sel basal dan juga karsinoma sel skuamosa. Telangiektasis yang tersebar tanpa fokus tertentu, massa keratin, area dengan bercak keputihan, skuama superfisial, ulserasi dengan krusta kehitaman, bercak abu-abu biru, serta bintik darah pada masa keratin merupakan gambaran yang dapat ditemukan pada dermoskopi karsinoma basoskuamosa.¹⁸

Karsinoma basoskuamosa memiliki komponen basaloid gambaran karakteristik karsinoma sel basal dan komponen skuamosa.^{6,17} Pemeriksaan histopatologik pada kasus didapatkan proliferasi sel-sel poligonal, berinti bulat-oval, sebagian pleomorfik, hiperkromatik, dengan nukleoli prominen, tepi tersusun *palisading* dengan *retraction spacer*, infiltrasi antara stroma jaringan ikat dengan sebaran sel radang limfosit, dengan bentukan mutiara keratin pada beberapa tempat. Tampak juga komponen skuamosa berupa proliferasi sel-sel besar, pleomorfik, dan berinti terang. Gambaran ini sesuai dengan gambaran karsinoma basoskuamosa. Papilomatosis, akantosis, serta hiperkeratosis ringan tampak pada epidermis di tepi tumor dengan kelenjar sebacea tepat langsung dibawah epidermis disertai folikel rambut sesuai dengan gambaran histopatologi *nevus sebaceous of Jadassohn*.¹⁶

Tujuan terapi suatu tumor adalah pengangkatan tumor dengan hasil kosmetik yang dapat diterima oleh pasien.⁸ Manajemen terapi karsinoma basoskuamosa saat ini didasarkan pada pedoman terapi untuk subtype histologis agresif karsinoma sel basal.^{18,19} Eksisi bedah intraoperatif *frozen sections* atau evaluasi histologis postoperatif adalah pilihan terapi yang banyak digunakan dalam penatalaksanaan karsinoma basoskuamosa dengan tingkat kegagalan terendah. Keseluruhan jaringan tumor beserta jaringan normal dieksisi pada margin tertentu.^{1,8} Penelitian Skaria dan kawan-kawan menunjukkan tidak didiagnosisnya rekurensi pada tindakan eksisi dengan tambahan margin 2-3 mm.²⁰ Berdasarkan *guidelines for the management of basal cell carcinoma, peripheral clearance* sebesar 85% dicapai dengan menggunakan margin 3 mm untuk lesi kecil (< 2 cm) yang berbatas tegas, sedangkan margin 4-5 mm akan meningkatkan *peripheral clearance rate* hingga 95%.⁸

Flap adalah pemindahan sebagian dari jaringan dengan suplai darahnya yang digunakan untuk

menutup defek pada luka terbuka.²¹ Flap kulit diindikasikan untuk menutup defek ketika penutupan primer tidak memungkinkan akibat adanya tegangan yang besar atau penyimpangan tepi luka setelah *undermining* yang adekuat serta penyembuhan sekunder *intention* yang buruk secara kosmetik maupun fungsi.²² *Rhomboid* atau *Limberg flap* adalah salah satu desain flap yang sering digunakan untuk menutup defek pada kanker kulit.^{23,24} *Rhomboid flap* terutama digunakan pada daerah kantung medial, hidung atas, kelopak mata bawah, pelipis, dan pipi perifer.²⁴ Bedah eksisi dengan desain *Rhomboid flap* dipilih untuk kasus ini berdasarkan pertimbangan lokasi, defek yang akan terjadi dan *skin laxity*. *Rhomboid flap* merupakan salah satu desain *transpositional flap* yang dibuat berbentuk belah ketupat dengan sudut 120° dari proksimal defek kulit. Hasil *Rhomboid flap* dilaporkan lebih baik dibandingkan *skin grafts* dengan bentuk dan lokasi yang serupa. Hal itu dikarenakan pleksus vaskular *sub-papillary* dan sub-dermal tetap dipertahankan pada flap yang tidak didapatkan pada *grafts*. Kesederhanaan dan efikasi flap ini menjadikan flap ini unggul secara kosmetik dengan sedikit sekali komplikasi.^{24,25} Kelebihan utama *Rhomboid flap* adalah dapat mengarahkan tegangan kulit hanya dari satu aksis ke arah defek. *Rhomboid flap* hanya dapat dilakukan dengan baik pada bagian yang memiliki kelemahan jaringan (*skin laxity*) substansial sehingga memungkinkan penutupan defek sekunder dengan mudah.⁹

Tumor kasus ini berlokasi pada daerah bahaya di lengkung zygomatik. Regio ini terbentang di atas pipi lateral dan kelenjar parotis, yang merupakan *landmark* penting yaitu cabang nervus fasialis temporal berjalan paling superfisial. Cabang nervus yang berada pada arah medial dan superior ini terlindung di bawah otot. Nervus di bagian lateral dari alis berada di lapisan *superficial musculoaponeurotic system* (SMAS) dan hanya dilindungi lapisan lemak yang sangat tipis.^{9,23} Cabang nervus ini berisiko tinggi untuk terjadinya trauma saat tindakan bedah. Trauma pada nervus di area temporal ini dapat menyebabkan hilangnya fungsi otot frontalis ipsilateral sehingga alis pada sisi yang terkena akan turun.⁹ Komplikasi flap transposisi adalah iskemia di ujung-ujung flap, sehingga dapat terbentuk 'trapdoor' yaitu terjadi kontraktur pada flap.²²

Berdasarkan sifat klinisnya karsinoma basoskuamosa berpotensi tinggi untuk kambuh secara lokal dan memiliki potensi metastasis yang lebih tinggi dibandingkan dengan karsinoma sel skuamosa.^{1,6} Metastasis paru dilaporkan sekitar 7.4% pada karsinoma basoskuamosa. Angka ini lebih tinggi dibandingkan karsinoma sel skuamosa, dengan angka

metastasis sekitar 0.87%.^{6,10} Kai Wermker dan kawan-kawan melaporkan kasus metastasis pada studi retrospektif dari tahun 1999-2011 sekitar 4.4% dari seluruh karsinoma basoskuamosa.² Bucci dan kawan-kawan melaporkan dua kasus basoskuamosa pada kepala dan leher yang bermetastasis ke kelenjar parotis di arkus zygomatikus.²⁶ Risiko metastasis pada tumor antara lain ukuran < 2 mm yaitu 0%, ukuran 2,1-6 mm yaitu 4%, sedangkan > 6 mm adalah 16%.¹⁷

Karsinoma basoskuamosa merupakan varian karsinoma yang harus diwaspadai karena kecenderungannya untuk rekuren dengan angka metastasis yang tinggi. Munculnya karsinoma basoskuamosa dari *nevus sebaceous of Jadassohn* merupakan kasus yang sangat jarang yaitu hanya didapatkan satu laporan kasus saja hingga laporan ini dibuat. Penatalaksanaan tumor ganas harus mempertimbangkan faktor pengangkatan seluruh tumor tetapi menghasilkan nilai kosmetik yang dapat diterima. *Rhomboid flap* merupakan teknik flap yang sangat populer untuk dapat menutup banyak defek dengan penyembuhan yang efektif serta tampilan yang baik secara kosmetik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Lima NL, Verli FD, de Miranda, Marinho SA. Basosquamous carcinoma: histopathological features. *Indian J Dermatol* 2012; 57(5): 382-3.
2. Wermker K, Roknic N, Goessling K, Klein M, Schulze HJ, Hallermann C, et al. Basosquamous carcinoma of the head and neck: clinical and histologic characteristics and their impact on disease progression. *Neoplasia* 2015; 17(3): 301-5.
3. Kececi Y, Argon A, Kebat T, Sir E, Gungor M, Vardar E. Basosquamous carcinoma: is it an aggressive tumor?. *J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2015; 49(2): 107-11.
4. De Stefano A, Dispenza F, Petrucci AG, Citraro L. Features of biopsy in diagnosis of metatypical basal cell carcinoma (basosquamous carcinoma) of head and neck. *Otolaryngologia Pols* 2012; 66: 419-23.
5. Tan CZ, Rieger KE, Sarin KY. Basosquamous carcinoma: controversy, advances, and future directions. *Dermatol Surg* 2017; 43(1): 23-3.
6. Koç AÖ, Tükenmez G, Mansur AT, Altaner ŞA. Rapidly growing basosquamous cell carcinoma on linear nevus sebaceous of the face. *ENTcase* 2016; 2(2): 105-8.
7. Nouri K, Ballard CJ, Patel AR. Basal cell carcinoma. In: Nouri K, editor. *Skin Cancer*. New York: McGraw Hill; 2008. p. 61-81.

8. Kim JY, Kozlow JH, Mittal B, Moyer J, Olencki T, Rodgers P. Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78: 540-59.
9. Robinson JK, Hanke CW, Siegel DM, Fratila A, Bhatia AC, Rohrer TE. *Surgery of the Skin*. 3rd ed. Procedural Dermatology. Philadelphia: Elsevier; 2014.
10. Garcia C, Poletti E, Crowson AN. Basosquamous carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60(1): 137-43.
11. Oldbury JW, Wain RAJ, Abas S, Dobson CM, Iyer SS. Basosquamous carcinoma: a single centre clinicopathological evaluation and proposal of an evidence-based protocol. *J Skin Cancer* 2018; 2018: Article ID 6061395.
12. Medeiros PM, da Silva CC, Barcaui CB, de Magalhaes Alves NR, de Faria PCP, Pineiro-Maceira J. Collision of malignant neoplasms of the skin: basosquamous cell carcinoma associated with melanoma. *An Bras Dermatol* 2015; 90(3 Suppl 1): S39-42.
13. Miranda AM, Ferrari T, Goldemberg DC, Pantaleão L, Pires A, Dias EP Basosquamous cell carcinoma of the lower lip arising from actinic cheilitis: case report and up date. *Int J Clin Med* 2013; 4(12): 21.
14. Gharote MA, Panchal HP, Anand AS, Patel AP, Parikh SK, Khatwani IV. Basosquamous carcinoma in xeroderma pigmentosum - a unusual case report. *Vidarbha J Intern Med* 2015; 18: 58-63.
15. Lee YT. A Basosquamous cell carcinoma of the periorbital region arising from a chronic wound created by laser ablation of a basal cell carcinoma. *J Craniofac Sug* 2013;24(6): 617-9.
16. Valencia D, Nicholas RS, Ken KL, Neil AS. Nevus Sebaceous. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 1325-6.
17. Miller SJ, Alam M, Andersen J, Berg D, Bichakjian CK, Bowen G, et al. Basal cell and squamous cell skin cancers. *J Natl Compr Canc Netw* 2010; 8(8): 836-64.
18. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Longo C, Moscarella E, Specchio F, et al. The dermatoscopic universe of basal cell carcinoma. *Dermatol Pract Concept* 2014; 4(3): 11.
19. Kossard S, Epstein EH, Cerio R, Yu LL, Weedon D. Basal cell carcinoma. In: Leboit PE, Weedon D, Sarasin A, editors. *Pathology and genetics: classification of tumours*. Geneva: WHO; 2010. p.682-91.
20. Skaria AM, Recurrence of basosquamous carcinoma after mohs micrographic surgery. *Dermatology* 2010; 221: 352-5.
21. Semer BN. *Practical plastic surgery for nonsurgeons*. Philadelphia: Hanley & Belfus Inc; 2001.
22. Tatyana H. Cutaneous flaps. In: MacFarlane DF, editor. *Skin cancer management*. New York: Springer; 2009. p.153-79.
23. Maamari R, Custer P. Periocular reconstruction after mohs surgery with the use of a modified rhomboid transposition flap. *J Am Acad Dermatol* 2018; 79 (3 Suppl 1): AB219.
24. Alexandra G, Ana MR, Jacqueline A, Thomas DO, David L. Review of rhomboid flaps and their modern modifications. *J Am Coll Osteopath Dermatol* 2016; 32: 16.
25. Chasmar LR. The versatile rhomboid (Limberg) flap. *Can J Plast Surg* 2007; 15(2): 67-71.
26. Bucci T, Santoro A, Pannone G, Rodriguez J, Fior A, Nocini PF. Metastatic basosquamous carcinoma: report of two cases and clinicopathological considerations. *Int J Surg Pathol* 2016; 24(8): 726-32.