Cg Magazine

NVCG
NEDERLANDSE
VERENIGING
COSMETISCHE
GENEESKUNDE

DECEMBER
2014
03

LIFT & CONTOUR

Met natuurlijke collageenstimulatie

Natuurlijk effect en een jeugdige uitstraling

- Veelzijdige filler
- Volumelift
- Huidverjonging

MERZ AESTHETICS

5 MILJOEN INJECTIESPUITEN VERZONDEN WERELDWIJD

De natuurlijke, liftende filler met een uitstekend veiligheidsprofiel voor langdurig resultaat en hoge patiënttevredenheid. Sinds 2006 goedgekeurd door de FDA.

RADIESSE®

DCN BNLNL 0886 JUL14

Cg DECEMBER 2014 INHOUD

Stokje doorgeven 4
Dit keer aan John Krant

Complicaties 6
de hoofdstukken in kwestie

Complicaties 8
na injectie van permanente fillers

Complicaties 14
na fillers

Complicaties 18
casuïstiek

Hoe blauwe kleur 20
van een filler in de huid verklaren

De inspectie 27
Protocollen op naleving getoetst

Literatuur 28

Commissie 29
Wetenschap

Interview 30
met Sabine Uitslag

Van de Vereniging 33

Commissie 34
Kwaliteit

36
MAEXS 2014
het verslag van Hayri Hortoglu

39
Scholingsdag
met Jonathan Sykes

Voorwoord

CATHARINA MEIJER VOORZITTER

Leer en registreer

Het artsenvak is reeds een serieus gebeuren, des te meer als het over complicaties gaat, het thema van dit nummer. Niet echt een onderwerp voor een luchtige tekst voor het eerste voorwoord door de kersverse voorzitter.

Wie schrijft, die blijft. Dat geldt zeker als het complicaties betreft. Een voorwaarde om de incidentie te bepalen en om kennis te delen met vakgenoten. Niet voor niets een belangrijk onderdeel van de visitatie-eisen voor onze leden om hun certificering te behalen en te behouden. En niet voor niets een eis van de Inspectie als toezichthouder van onze beroepsgroep.

Een veelgehoorde reactie van collega's is "ik zie nooit complicaties". Naar mijn mening is dat onmogelijk. Ik denk dan onmiddellijk terug aan de vraag, die mijn opleider in de chirurgie aan het einde van de dag steevast aan alle arts-assistenten stelde: "zijn er nog problemen op de afdeling of heeft u ze gemist?" Een hematoom of lichte zwelling na een injectie-behandeling is dagelijkse kost bij alle collega's, die voldoende behandelingen doen om bekwaamheid in dit vak te kunnen claimen. Onze leden die veel injectiebehandelingen doen zullen bij tijd en wijle ook meer ernstige complicaties zien, zoals een allergische reactie of infectie.

De echte uitdaging is om te leren van onze complicaties. Registratie en het delen van je kennis en ervaring op dit terrein helpt om ons te kunnen blijven verbeteren. En dat is onze ambitie!

U allen een heel goed 2015 gewenst!

Catharina Meijer,
voorzitter NVCG

Cg Magazine© is een uitgave van de Nederlandse Vereniging Cosmetische Geneeskunde

NVCG
NEDERLANDSE VERENIGING COSMETISCHE GENEESKUNDE

Redactie
Jan CFM Aghina, hoofdredacteur

Er wordt nog steeds gezocht naar een redacteur! Wie meldt zich?

Ank de Bruin, redactionele ondersteuning

Vormgeving©
Stefan Kraaijenhagen | Zaza in Vorm | IJsselstein

Print en afwerking
Drukkerij Badoux | Houten

Cg Magazine 2014
Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen, in welke vorm dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de NVCG. De redactie van Cg Magazine is niet aansprakelijk voor door derden verstrekte informatie.

Advertenties en reacties
NVCG, Albrechtlaan 17, 1404 AJ Bussum
contact@nvcg.nl, T. 035 6224804, www.nvcg.nl

Door *Helga van den Elzen*

Helga stelde enkele vragen aan cosmetisch arts John Krant, medeoprichter en voormalig voorzitter van de Nederlandse Vereniging Cosmetische Geneeskunde en hij vertelde wat hem bezighoudt.

‘Leer je vak, begrijp je patiënten, probeer niet je mening aan de klant op te leggen. Stel niet het geld centraal, maar behaal een zo optimaal mogelijk resultaat met een minimum aan materiaal.’ Aldus zijn advies aan de jongere arts.

WAAROM HEB JE OOIT DE STAP GEMAAKT OM MET INJECTABLES TE GAAN WERKEN?

Ik ben vijfentwintig jaar KNO-arts geweest en heb altijd veel cosmetische neusoperaties gedaan. Cosmetiek heeft me altijd geïnteresseerd, in de jaren tachtig was ik ook al met injectables bezig. Op een gegeven moment besloot ik dat ik fulltime injectables wilde gaan doen. Ik heb er nooit spijt van gehad. Je hebt ook niet meer te maken met ziekenhuizen, met roosters en eindeloze vergaderingen. Je bent vrijer en het is bovendien ook heel leuk werk.

IK KEN JE AL JAREN. JE BENT EEN BOURGONDIËR EN JE HOUDT VAN GENIETEN. IS DAAROM DIE VRIJHEID BELANGRIJK VOOR JE?

Ik zal nooit vergeten dat mijn vader me wees op het feit dat artsen van in de veertig al met hangende schouders in ziekenhuizen rondliepen. Ik wilde niet dat mij dat zou overkomen. Daarom vind ik een goede balans tussen werken en niet werken belangrijk. Ik hou van lekker eten en een lekker glaasje wijn, ik reis graag en ben graag met mijn gezin bezig. Dan is het fijn dat je je eigen tijd kan indelen.

JE WAS MEDEOPRICHTER VAN DE NVCG. DE VERENIGING GAAT DE LAATSTE TIJD EEN HEEL ANDERE KANT OP. WAT VIND JE DAARVAN?

Op een zeker moment moet je afstand nemen en het roer aan anderen overlaten, daar heb ik geen probleem mee. Maar als je merkt dat er dingen gebeuren waarbij kwesties als transparantie en eerlijkheid een rol spelen, dan trek ik een aantal registers open. Als je je heel erg betrokken voelt bij iets, dan is dat logisch.

JE WERKT IN NEDERLAND EN SPANJE EN JE WOONT IN NEDERLAND, FRANKRIJK EN SPANJE. HOE DOE JE DAT ALLEMAAL?

Je moet daar een balans in vinden. Soms is het in Nederland wat drukker, soms in Spanje, soms doe ik lekker niks in Frankrijk. Ik ben een soort Flying Dutchman – of een Flying Doctor.

WAAROM HEB JE DESTIJDS DE NVCG OPGERICHT?

De vereniging is opgericht in de tijd dat we in Nederland nog werkten met permanente en semipermanente producten. Dat hebben we in Nederland vrij lang volgehouden, dat lag een beetje aan de Nederlandse mentaliteit: het mag niks kosten en het moet zo lang mogelijk blijven zitten. Daar zijn vrij veel problemen uit voortgekomen en ik realiseerde me dat er geen platform was om daar met collega's over te praten.
In het begin zagen we elkaar allemaal als concurrent, maar dat veranderde snel toen we elkaar leerden kennen. We konden elkaar al snel bellen om bijvoorbeeld een probleem te bespreken. We bundelden bovendien veel kennis omdat we allemaal veel ervaring hadden.

'Een balans tussen werken en niet werken is noodzakelijk'

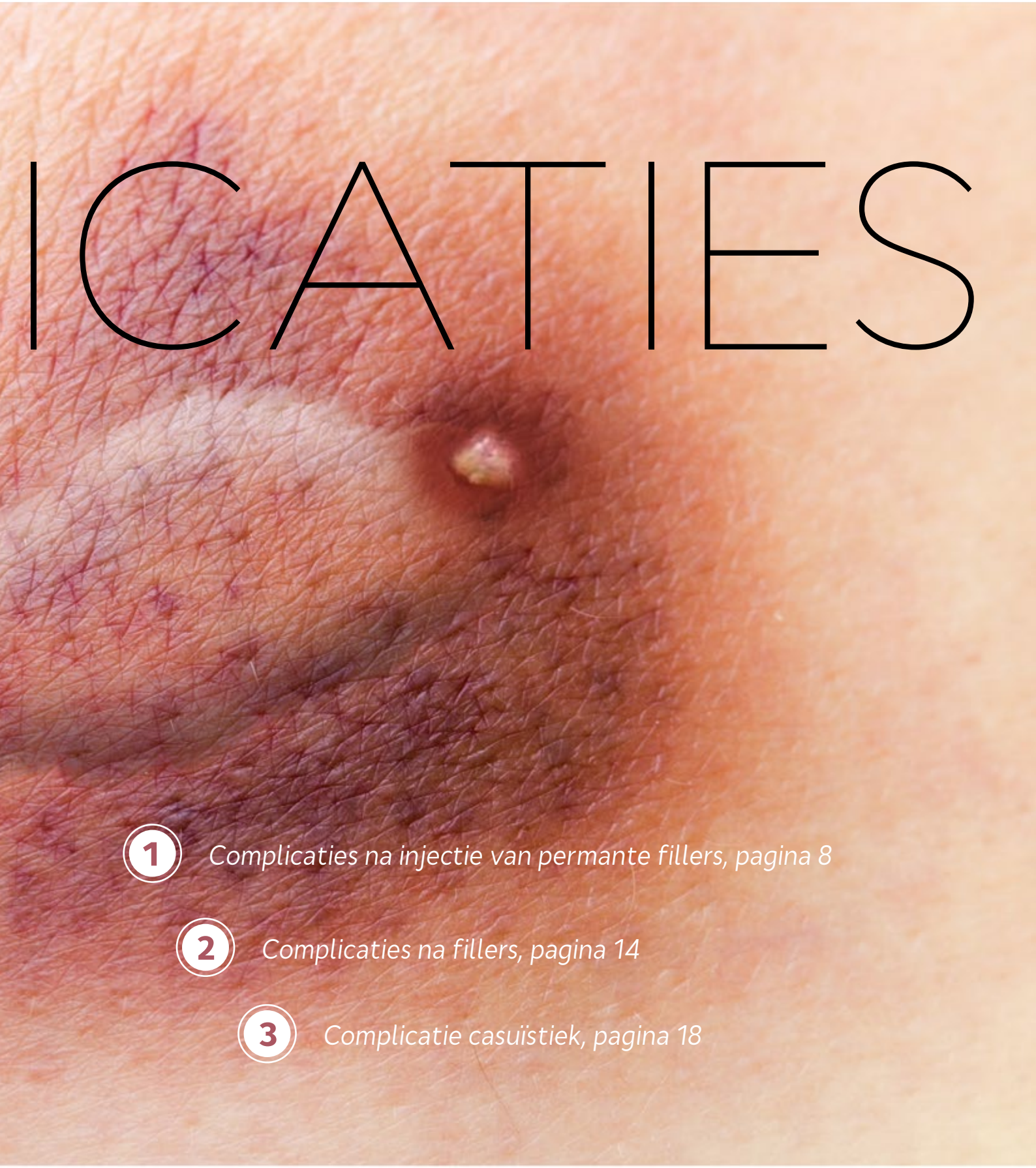
WIL JE VERDER NOG IETS KWIJT?

Ik kan niet tegen mensen die opportunistisch bezig zijn, mensen die ergens een cursus gedaan hebben, thuis nog een week hebben geoefend en dan beweren dat ze de deskundige zijn. Voor patiënten en hele jonge artsen is het vaak moeilijk om deze mensen te beoordelen en daar wordt nog wel eens misbruik van gemaakt. Daar erger ik me aan. Jongere artsen wil ik vooral adviseren om geld niet centraal te stellen. Leer je vak, begrijp je patiënten. Probeer niet je mening op te leggen aan de klant en probeer met een minimum aan materiaal een zo optimaal mogelijk resultaat te behalen. Als je tegen klanten nee durft te zeggen en ze kunt uitleggen dat ze er ook zonder een extra behandeling goed uitzien, dan zul je op termijn merken dat ze dat waarderen en blijven terugkomen. Waag je ook niet al te snel aan nieuwe producten of nieuwe behandelmethodes. De praktijk heeft mij geleerd om zeker drie jaar van nieuwe producten af te blijven. Als het dan nog op de markt is én een duidelijke toegevoegde waarde heeft, pas dán wil ik kijken of ik er iets mee kan. Kortom, laat je nooit meeslepen in een hype of de nieuwste trend. We hebben helaas al te vaak onze neus gestoten en klanten behandeld met nieuwe maar inferieure producten die door de industrie werden gehypet. Doe daar niet aan mee!

COMPL

Drie artikelen gewijd aan complicaties vormen een samenhangend geheel. Waar Kadouch et al de complicaties van permanente fillers bespreken, richt Jani van Lochem zich met heel praktische tips op de behandeling van vasculaire problemen. Jan Aghina brengt casuïstiek in, variërend van heel simpel tot complex.

ICATIES



1 *Complicaties na injectie van permante fillers, pagina 8*

2 *Complicaties na fillers, pagina 14*

3 *Complicatie casuïstiek, pagina 18*

Door *Jonathan A. Kadouch, MD PhD**

*Refaat B. Karim, MD PhD***

*Tom S. Decates, MD***

COMPLICATIES NA INJECTIE VAN PERMANTE FILLERS

Potential conflicts of interest related to this article: **None**

INTRODUCTIE

Behandeling met injecteerbare weke-delen vullers, kortweg 'fillers' genoemd, is in de afgelopen decennia een populair en minimaal-invasief alternatief geworden voor gezichtsverjonging en andere (medische) doeleinden. De sterke voorkeur voor deze minimaal-invasieve strategie is goed zichtbaar in de Verenigde Staten, waar het aantal niet-chirugische cosmetische ingrepen (waaronder ook de fillers) sinds 1997 met 521% zijn toegenomen. Het aantal chirurgische cosmetische ingrepen (e.g. mamma-augmentaties) is met 'slechts' 89% gestegen.[1] Bij behandelingen met fillers is geen anesthesie of uitgebreide voorbereiding nodig en injecties met fillers zijn relatief simpel en snel uitvoerbaar. Bovendien is het risico op complicaties over het algemeen gering.[2,3]

In het laatste decennium hebben de zgn. 'permanente' fillers (d.w.z. niet biologisch afbreekbare) een controversiële reputatie op het gebied van hun veiligheid opgebouwd.[3-7]

Ondanks dat weke-delen fillers over het algemeen een indrukwekkend veiligheidsprofiel hebben,[2] zijn er vele artikelen gepubliceerd die potentiele bijwerkingen na injectie met permanente fillers beschrijven.[3-7] Uit de beschikbare literatuur blijkt ook dat het gebruik van permanente fillers (PFs) ook vaker leidt tot complicaties dan wanneer oplosbare, 'tijdelijke' fillers gebruikt worden.[8-10] Het predicaat 'permanent' verwijst dan ook niet zozeer naar een blijvend resultaat als wel naar de persisterende aanwezigheid van de filler depots op de injectieplaats met een daaruit voortvloeiend blijvend risico op complicaties.

De behandeling van complicaties van PFs is in de praktijk vaak moeizaam en teleurstellend: het lukt zelden om het geïnjecteerde materiaal volledig te verwijderen, waarna de klachten kunnen persisteren of recidiveren.[4,5]

Complicaties van PFs vormen daarom voor patiënten een aanzienlijke belasting en voor behandelaars een grote uitdaging.

Tabel 1 laat de PFs zien die de afgelopen 20 jaar op de Nederlandse markt beschikbaar zijn geweest, met hun potentiële complicaties zoals beschreven in de literatuur.

Tabel 1

Permanente, niet-afbreekbare fillers

FILLER MATERIAAL	MERK NAAM	PRODUCENT	DUURZAAMHEID	FDA GOEDKEURING	INDICATIES	BESCHREVEN COMPLICATIES
HEMA/EMA 40% of 60% in HA	DermaLive®	Dermatech, Paris, France	Permanent	Nee	Middeldiepe rimpels en plooien gelaat	Indураties en nodi, verkleuringen en vertraagde granulomateuze reacties
	DermaDeep®	Dermatech, Paris, France	Permanent	Nee	Diepe rimpels en plooien gelaat	Indураties en nodi, verkleuringen en vertraagde granulomateuze reacties
PAAG 2,5% gel	Aquamid®	Contura International, Soeborg, Denmark	Permanent	Nee	Middeldiepe tot diepe rimpels en plooien gelaat	Indураties en nodi, infecties, vertraagde granulomateuze reacties en migraties
PAIG 4% gel	Bio-Alcamid®	Polymekon Research S.r.l., Brindisi, Italy	Permanent	Nee	Middeldiepe tot diepe rimpels en plooien gelaat	Indураties en nodi, infecties, abcessen, vertraagde granulomateuze reacties en migraties
PMMA 20% in runder collageen	ArteColl™	Artes Medical, Inc.*	Permanent	Nee	Middeldiepe tot diepe rimpels en plooien gelaat	Persistende roodheid, teleangiectasien, hypertrofische littekens, nodi en vertraagde granulomateuze reacties
	ArteFill®	Artes Medical, In	Permanent	2006	Middeldiepe tot diepe rimpels en plooien gelaat	Persistende roodheid, teleangiectasien, hypertrofische littekens, nodi en vertraagde granulomateuze reacties
LIS	Silikon™ 1000	Alcon Pharmaceuticals, Fort Worth, TX, USA	Permanent	Ja #	Off-label gebruik voor fijne tot diepe rimpels en plooien gelaat	Indураties en nodi, migratie, inflammatie, hyperpigmentatie, vertraagde granulomateuze reacties, cellulitis, littekenvorming ulceratie
Solid silicone particles in PVP	Bioplastique®	Uroplasty BV, Geleen, Netherlands	Permanent	Nee	Middeldiepe tot diepe rimpels en plooien gelaat	Indураties en nodi, migratie, inflammatie, hyperpigmentatie, vertraagde granulomateuze reacties, cellulitis, littekenvorming ulceratie

Bron: met toestemming overgenomen en aangepast uit referentie 23 (Tabel 1).
Afkortingen: **FDA**, Food and Drug Administration; **HEMA/EMA**, hydroxyethylmethacrylate/ethylmethacrylate; **HA**, hyaluronic acid; **LIS,** liquid injectable silicone; **PAAG**, polyacrylamide hydrogel; **PAIG**, polyalkylimide hydrogel; **PMMA**, polymethylmethacrylate microspheres; **PVP**, polyvinylpyrrolidone .

*Artes Medical Inc. Was acquisited by Suneva Medical Inc. (San Diego, CA, USA) in 2009.
Goedgekeurd door de FDA in 1997 voor gebruik als retinale tamponade bij de behandeling van retinaloslatingen. Het wordt sindsdien off-label gebruikt als wekedelenfiller.

Klinische presentatie filler-complicaties

Complicaties kunnen onderverdeeld worden in vier categorieën: [5] non-inflammatoire zwellingen of nodi, inflammatoire zwellingen of nodi (ook wel low-grade inflammatie genoemd), abces formatie en migratie.

- Non-inflammatoire zwellingen worden gedefinieerd als nodi of verharding waarbij klinische kenmerken van ontsteking zoals erytheem, oedeem, warmte, gevoeligheid of pijn ontbreken *(Afb 1)*;

- Inflammatoire zwellingen of low-grade inflammaties worden gedefinieerd als roodheid, zwelling, gevoeligheid of pijn op de plaats van de injectie, met een klinische presentatie die intrinsiek sterk kan variëren in ernst. De term low-grade infecties wordt ook vaak gehanteerd. Echter, dit type complicaties wordt zelden bevestigd door een positieve bacteriële kweek, waardoor low-grade inflammatie de complicatie beter verwoord;

- Abcessen worden gedefinieerd als een fluctuerende zwelling met roodheid en / of gevoeligheid of pijn in de nabijheid van de injectieplaats;

- Van migratie of dislocatie is sprake wanneer fillermateriaal verplaatst is, weg van de injectieplaats.

Non-inflammatoire zwellingen na PFs kunnen verschillende oorzaken hebben. Zij kunnen worden veroorzaakt door onjuiste plaatsing van vulmateriaal, spiercontractie veroorzaakte migratie, capsulaire contractie of als gevolg van een granulomateuze reactie op het filler-materiaal.[6,11] Na injectie geven alle fillers, oplosbaar en permanent, enige mate van een vreemd-lichaam ontstekingsreactie en vorming van een fibreus kapsel.[11,12] Vreemdlichaam (granulomateuze) reacties kunnen ook klinisch een inflammatoir beeld geven.
Over de etiologie van inflammatoire huidreacties is veel geschreven.[13,14]

Afb 1. Nodus op de bovenlip bij 43 jarige patiente met pijnlijke nodi op de lippen na injectie met DermaLive® (hydroxymethylmethacrylaat/ethylmethacrylaat in hyaluronzuur).

Van zowel vreemdlichaam reacties, type-4 overgevoeligheidsreacties, als van laaggradige bacteriële infecties ('biofilms') wordt gesuggereerd dat ze inflammatoire filler-granulomen en abcessen kunnen veroorzaken.[5]
De werkelijke en precieze oorzaak voor vertraagd optredende complicaties van PFs is tot op heden nog niet opgehelderd en nog altijd een kwestie van debat.
Het is inmiddels wel duidelijk dat het ontstaan van late complicaties na PFs zowel beïnvloed wordt door (microscopische) 'traumata' als tandheelkundige ingrepen en additionele injecties in de buurt van bestaande PF depots, door chemische en fysische eigenschappen van het desbetreffende fillermateriaal, als door de immuunstatus en genetische predispositie van patiënt.[5,11]

Aanvullend onderzoek:

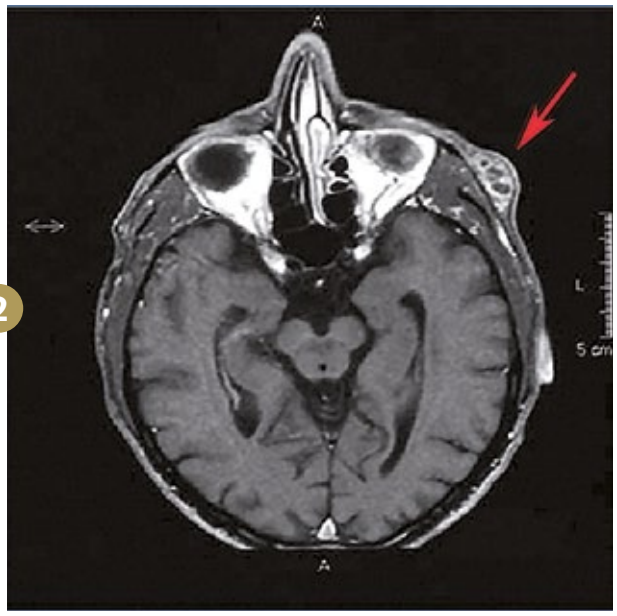
Hoewel een adequate anamnese en zorgvuldig lichamelijk onderzoek de basis vormen voor de diagnostiek van filler-complicaties, is onze ervaring dat het vaststellen van de aard en omvang van deze complicaties in een poliklinische setting moeilijk kan zijn. In dergelijke gevallen zou aanvullend beeldvormend onderzoek behulpzaam kunnen zijn. Hierbij kan men denken aan echografisch onderzoek en magnetic resonance imaging (MRI). Hoewel het gebruik van deze beeldvormende technieken nog vrij experimenteel is, zijn er al een aantal publicaties over beide technieken.[15-21]

MRI is een dure techniek die vooral zijn meerwaarde heeft voor het aantonen van migraties en als pre-operatief onderzoek.[19] Migraties ziet men vooral bij polyacrylamide en polyalkylimide hydrogel, en bij siliconenolie, omdat door de mate van biocompatibiliteit van deze PFs het lichaam slechts een dun fibrotische kapsel om de fillerdepots creëert.[11,19]

De waarde van MRI voor pre-operatief onderzoek vloeit voort uit het feit dat MRI, in vergelijking met echografisch onderzoek, een hogere reproduceerbaarheid heeft en een compleet beeld van het complexe aangezichts- / craniale anatomie kan geven (Afb 2).[19] MRI is niet onderzoeker of tijdsgebonden, waardoor de behandelend arts in voorbereiding op de chirurgische behandeling persoonlijk de beelden kan controleren.

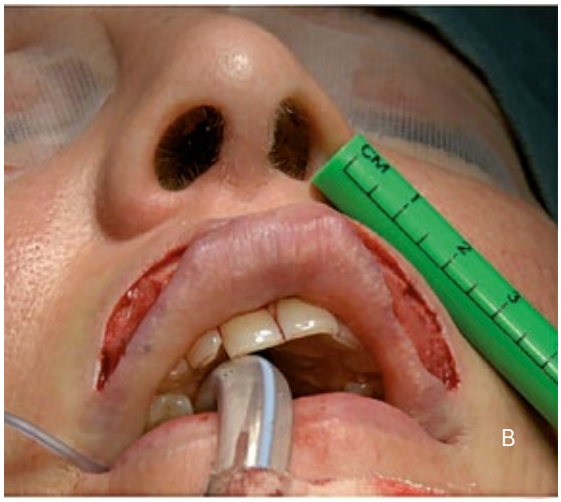
Voor de overige complicaties, als abcessen en inflammatoire of non-inflammatoire processen, of voor het identificeren van het gebruikte fillermateriaal, lijkt echografisch onderzoek op basis van de huidige beschikbare literatuur laagdrempeliger, goedkoper en geschikter.[15-18]

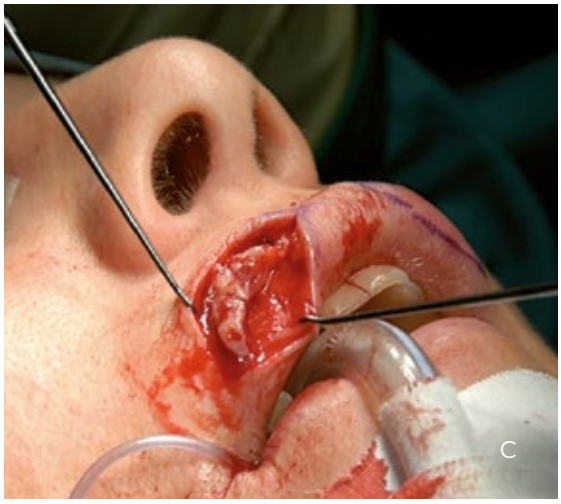
Collega Schelke et al.[15] laat in een studie uit 2009 zien dat de verschillende PFs door bepaalde characteristieke kenmerken herkenbaar waren bij gebruik van echo. Een andere studie laat eveneens zien dat echografisch onderzoek gebruikt kan worden om kenmerken van inflammatie te zien.[18]



2

Afb 2. MRI scan van een 54-jarige man met een abces op zijn rechter wang, ter hoogte van de zygoma, na injectie met Bio-Alcamid® (polyalkylimide 4% gel).



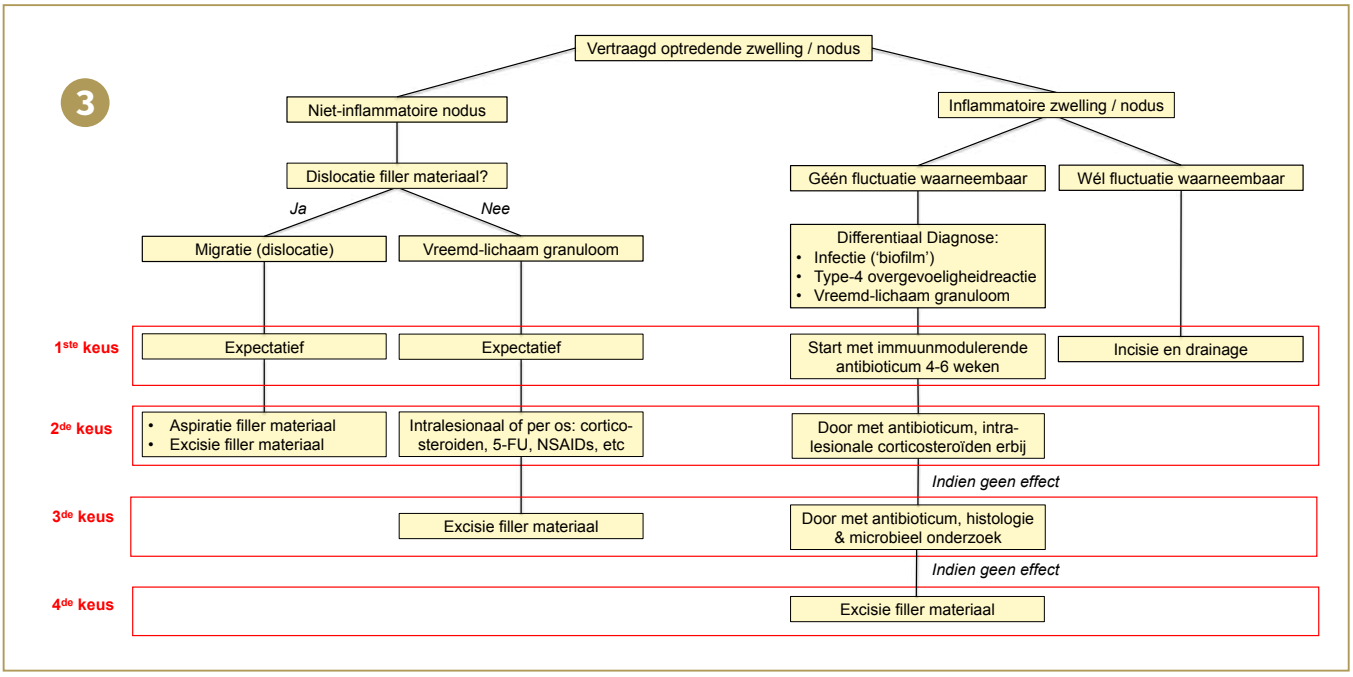


4

Behandelstrategie bij filler-complicaties

In het geval van noninflammatoire zwellingen, moet men onderscheid maken tussen migraties en vreemdlichaam granulomen *(Afb 3)*. Migraties kunnen alleen invasief behandeld worden, maar dit hoeft niet persé. Hetzelfde geldt voor een niet-inflammatoir fillergranuloom. Een vreemdlichaam granuloom kan anti-inflammatoir behandeld worden met intralesionale corticosteroïden, 5-fluorouacil (5-FU) of een combinatie van beiden. Kleinere studies laten ook effect zien van NSAIDs en tetracyclines.[13] Tetracyclines hebben zowel een antibacterieel als immuunmodulatoir effect, waardoor ze theoretisch ook bij een 'steriel' proces effectief zouden kunnen zijn. Indien de medicamenteuze aanpak niet werkt, rest slechts chirurgische extractie of excisie van het fillermateriaal.

Bij inflammatoire processen wordt, vanwege de mogelijkheid van een infectieuze oorzaak, veelal geadviseerd te starten met antibiotica *(Afb 3)*.[22,23]
Bij voorkeur antibiotica met een immuunmodulerend effect.[5] Indien dit niet binnen 4-6 weken het gewenste effect geeft dan kan verder behandeld worden met intralesionale corticosteroiden. Blijft het effect nog steeds uit dan adviseert men aanvullend onderzoek te verrichten in de vorm van histologie (biopt, excisiebiopt) en kweken (ook atypische mycobacteriën).[22,23] Excisie van het materiaal blijft hierna nog een optie *(Afb 4abcde)*.

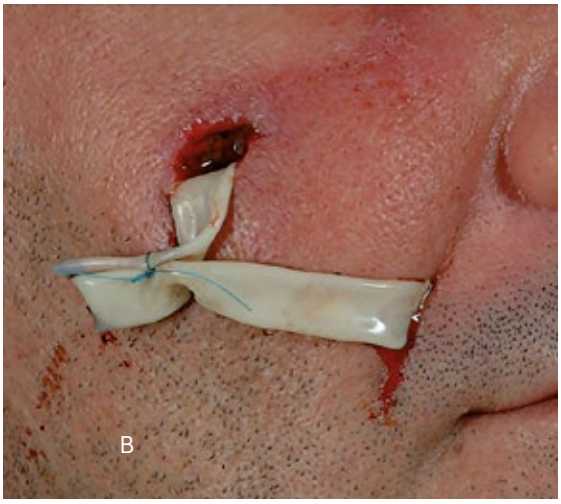


Afb 3. Stroomdiagram voor de behandeling van vertraagd optredende complicaties na injectie van permanente fillers in het gelaat, gebaseerd op de ervaringen van de auteurs. Andere behandelingen, zoals lokale imiquimod 5%, allopurinol en kooldioxide fractionele laser zijn ook beschreven in de literatuur, echter in case reports of kleine studies. Bij een abces, kweken we de inhoud en beginnen met orale flucloxacilline 500 mg 3 tot 4 maal per dag. Afkortingen: 5-FU, 5-fluorouacicl; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Afb 4abcd. Chirurgische excisie van nodi aan de lippen na injecties met DermaLive® (hydroxymethylmethacrylaat/ethylmethacrylaat in hyaluronzuur) bij een 43-jarige patiente A-D. Tot slot 4e, het postoperatieve beeld (E) na 8 weken.

Abcessen dienen altijd geïncideerd en gedraineerd te worden *(Afb 5abcd)*. In kweken, indien positief, vindt men het vaakst Staphylococcus aureus.[5] Derhalve adviseren wij bij abcessen te starten met floxapen, en op geleide van de kweek van de abcesinhoud dit antibioticum (zo nodig) aan te passen.

5



ADVERTENTIE

NeoStrata® ProSystem

WERELDLEIDER IN GLYCOLZUURPEELINGS

INTERESSE IN EEN WORKSHOP?
Dokter Elisabeth Houben
Mail naar filip.heylesonne@hdpmedical.be

Glycolzuur 20%: pH 1,6
Glycolzuur 35%: pH 1,3
Glycolzuur 50%: pH 1,2
Glycolzuur 70%: pH 0,6
Brightening Peel: pH 1,6
Clarifying Peel: pH 1,6
High Potency Peel: pH 0,6

www.neostratapro.com

hdp medical

Tel: +32 52 46 35 90 • filip.heylesonne@hdpmedical.be • www.hdpmedical.be

Afb 5abcd. Abces na injectie wangen met Bio-Alcamid®. Preoperatieve presentatie (A) van 47-jarige man met een pijnlijke fluctuerende inflammatoire zwelling op wang rechts. Klachten ontstonden achttien maanden na injecties met Bio-Alcamid® (polyalkylimide 4% gel) ter behandeling van CART-geïnduceerde FLA. Incisie en drainage van abces vond plaats, hierbij het beeld direct postoperatief (B). Tot slot het postoperatieve beeld (C en D) na acht weken.
Bron: met toestemming overgenomen en aangepast uit referentie 23 (Figuur 4).
Afkortingen: CART, combined antiretroviral therapy; FLA, facial lipoatrophy.

Conclusie:

PFs zijn vandaag de dag nog steeds beschikbaar. Echter, gezien het hogere risico op complicaties met deze fillers, de moeizame aard van de behandeling van vertraagd optredende complicaties na PFs, en het feit dat een 'permanent effect' nooit te bereiken is (en daarmee de nut van permanente fillers verloren gaat), zouden PFs ons inziens niet gebruikt moeten worden voor cosmetische doeleinden. Individuen waarbij PFs al gebruikt zijn zouden hier voorzichtig mee omgaan. Aangezien (microscopische) traumata in staat lijken complicaties te triggeren, zou profylactische antibiotica voor invasieve ingrepen in de buurt van PF-depots overwogen moeten worden. Echter, een stevige wetenschappelijk onderbouwing hiervoor ontbreekt nog. Patiënten die kampen met complicaties van PFs moeten behandeld worden door artsen die hier ervaring mee hebben. Vaak is hierbij chirurgisch ingrijpen noodzakelijk.

REFERENTIES

1 Bank CsND. Cosmetic surgery National Data Bank: Statistics 2013. www.surgery.org/media/statistics. Last accessed 10 november 2014.
2 de Vries CG, Geertsma RE. Clinical data on injectable tissue fillers: a review. Expert Rev Med Devices. 2013;10(6):835-53.
3 Daines SM, Williams EF. Complications associated with injectable soft-tissue fillers: a 5-year retrospective review. JAMA Facial Plast Surg. 2013;15(3):226-31.
4 Karim RB, Hage JJ, van Rozelaar L, Lange CA, et al. Complications of polyalkylimide 4% injections (Bio-Alcamid): a report of 18 cases. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006;59:1409.
5 Kadouch JA, Kadouch DJ, Fortuin S, van Rozelaar L, Karim RB, Hoekzema R. Delayed-onset complications of facial soft tissue augmentation with permanent fillers in 85 patients. Dermatol Surg. 2013;39(10):1474-85.
6 Requena L, Requena C, Christensen L, Zimmermann US, Kutzner H, Cerroni L. Adverse reactions to injectable soft tissue fillers. J Am Acad Dermatol. 2011;64(1):1-34; quiz 5-6.
7 van Dam D, van der Lei B, Cromheecke M. Statements on the safety of permanent soft tissue fillers in Europe. Aesth Plast Surg. 2009;33:479–81.
8 Alijotas-Reig J, Fernandez-Figueras MT, Puig L. Late-onset inflammatory adverse reactions related to soft tissue filler injections. Clin Rev Allergy Immunol. 2013;45(1):97-108.
9 Hirsch RJ, Stier M. Complications of soft tissue augmentation. J Drugs Dermatol. 2008;7(9):841-5.
10 Lowe NJ, Maxwell CA, Patnaik R. Adverse reactions to dermal fillers: review. Dermatol Surg. 2005;31(11 Pt 2):1616-25.
11 Nicolau PJ. Lon-lasting and permanent fillers: biomaterial influence over host tissue response. Plast Reconstr Surg. 2007;119(7):2271–86.
12 Anderson JM, Rodriguez A, Chang DT. Foreign body reaction to biomaterials. Semin Immunol. 2008;20(2):86–100.
13 Lemperle G, Gauthier-Hazan N, Wolters M, Eisemann-Klein M, Zimmermann U, Duffy DM. Foreign body granulomas after all injectable dermal fillers: part 1. Possible causes. Plast Reconstr Surg. 2009;123(6):1842-63.
14 Kadouch JA, Vos W, Nijhuis E, Hoekzema R. Granulomatous foreign-body reactions to permanent fillers: detection of CD123+ plasmacytoid dendritic cells. Am J Dermatopathol. 2014; epud ahead of print.
15 Schelke LW, Van Den Elzen HJ, Erkamp PP, Neumann HA. Use of ultrasound to provide overall information on facial fillers and surrounding tissue. Dermatol Surg. 2010;36 Suppl 3:1843-51.
16 Wortsman X, Wortsman J, Orlandi C, Cardenas G, Sazunic I, Jemec GB. Ultrasound detection and identification of cosmetic fillers in the skin. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26(3):292-301.
17 Grippaudo RF, Mattei M. High-frequency sonography of temporary and permanent dermal fillers. Skin Res Technol. 2010;16:265-269.
18 Grippaudo RF, Mattei M. The utility of high-frequency ultrasound in dermal filler evaluation. An Plast Surg. 2011;67:469-473.
19 Kadouch JA, Tutein Nolthenius CJ, Kadouch DJ, van der Woude HJ, Karim RB, Hoekzema R. Complications after facial injections with permanent fillers: important limitations and considerations of MRI evaluation. Aesthet Surg J. 2014;34(6):913-923.
20 Ginat DT, Schatz CJ. Imaging features of midface injectable fillers and associated complications. AJNR Am J Neuroradiol. 2013;34(8):1488-95.
21 Ginat DT, Schatz CJ. Imaging of facial fillers: additional insights. AJNR Am J Neuroradiol. 2012;33(11):E140-1.
22 Sclafani AP, Fagien S. Treatment of injectable soft tissue filler complications. Dermatol Surg. 2009;35 Suppl 2:1672-80.
23 Kadouch JA. Werking en bijwering van fillers. Ned Ver Dermatol Venereol. 2014;24(9):599-607.

* *Kadouch: afdeling Dermatologie en Venereologie, VU Medisch Centrum, Amsterdam, Netherland*
** *Karim en Decates: Kliniek Amstelveen, Amstelveen, Nederland*

Door *Jani van Loghem*

COMPLICATIES

Naast alle blijdschap die we als behandelaar aan onze patiënten kunnen geven, kan een behandeling ook wel eens helemaal niet zo uitpakken als we bedoeld hadden. Het is onze taak om, terwijl onze patiënt op de roze wolk van de behandeling zit, bloednerveus te zijn over alles wat er mis kan gaan. We kunnen het ons niet veroorloven om zomaar ergens te injecteren zonder te weten waar de naald zich exact bevindt, omdat de gevolgen niet te overzien kunnen zijn als we net op een plek prikken waar we dat beter niet hadden kunnen doen.

Wanneer we met botulinetoxine een niet-bedoeld spiertje raken, zoals de m. levator palpebrae, dan heeft de patiënt hier voor enige tijd (weken tot maanden) een hoop last van. Maar eerlijk gezegd is deze complicatie relatief mild en kortdurend. Echte complicaties, die met serieuze gevolgen op de lange termijn, worden niet door botulinetoxine veroorzaakt (bij esthetische doseringen). Fillers daarentegen kunnen wel een echte hoop ellende veroorzaken. Onlangs las ik het boek van Jonathan Kadouch, die gepromoveerd is op het onderwerp 'complicaties na permanente fillers'.[1] Daarin wordt duidelijk dat complicaties na fillers voor een groot gedeelte afhankelijk zijn van hoe het lichaam reageert op het product dat wordt geïnjecteerd. De vreemdlichaamreacties en granulomen in hun verschillende vormen zie je vooral bij niet-resorbeerbare fillers. Een uitzondering daargelaten, zoals we met het Hyacorpschandaal hebben gezien; dit hyaluronzuur was dusdanig sterk gecrosslinked en had dusdanig grote partikels, dat het complicaties veroorzaakte die vergelijkbaar waren met die van permanente fillers. Gelukkig weten we bij de NVCG beter dan met permanente fillers te werken en loop je als lid risico om geroyeerd te worden als je dat toch doet. En terecht.

KEN DE ANATOMIE

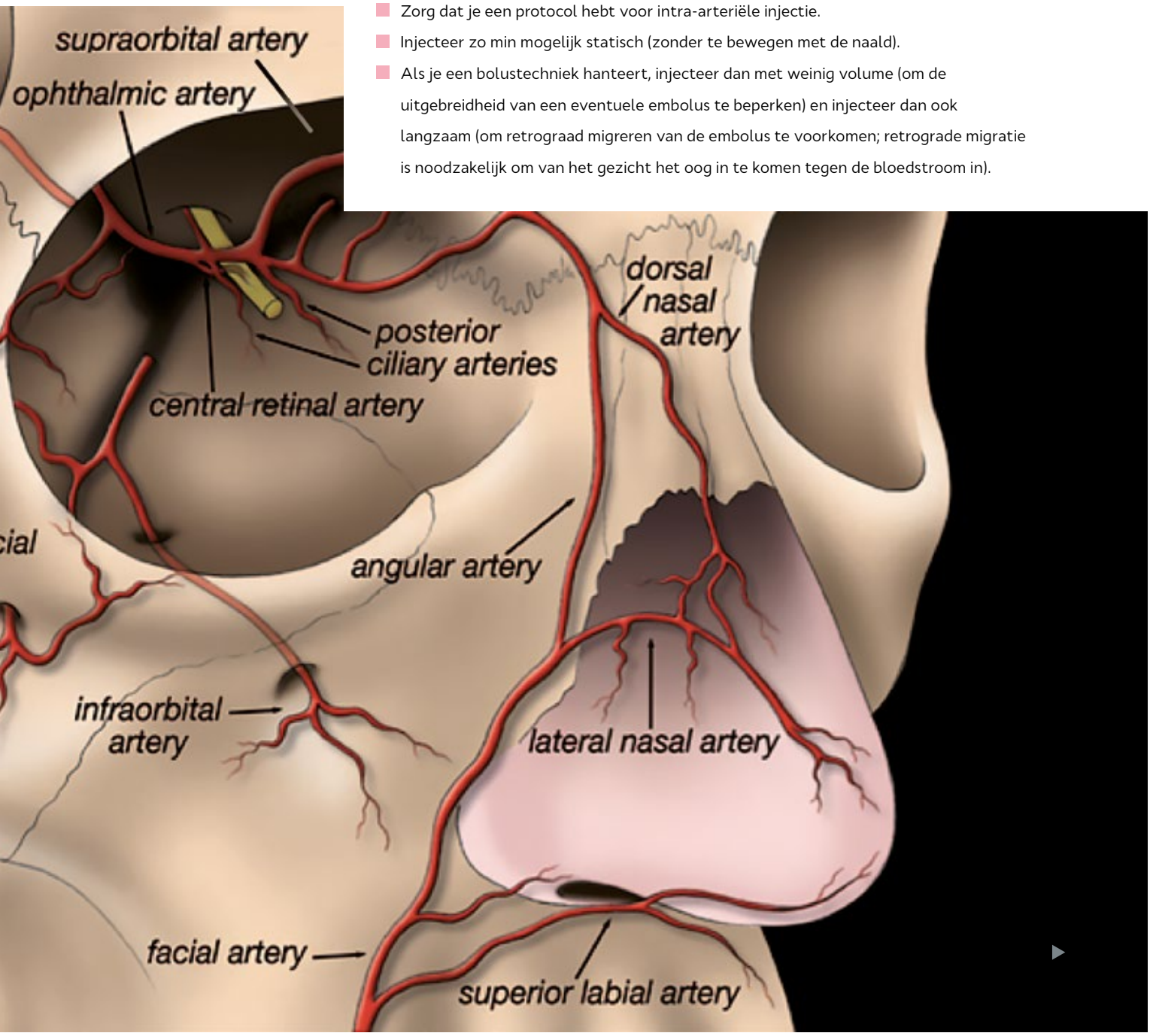
Maar ook resorbeerbare fillers kunnen een forse schade berokkenen aan onze patiënten. Zelfs de veiligste middelen kunnen iemand volledig blind maken. Diverse artikelen maken melding over blindheid na fillers, vooral na injectie in de neus. De arteriën op de neus lopen namelijk heel oppervlakkig en staan in directe verbinding met de a. supratrochlearis.[2]
Deze arterie staat via de a. opthalamica weer in verbinding met de a. retinalis en ja, embolisering daarvan kan leiden tot blindheid.[3]
En daarom is het heel belangrijk dat je zo goed mogelijk weet waar de arteriën zich bevinden, ook waar de arteriën over het periost lopen (inderdaad, het periost is geen gebied van absolute veiligheid). Het is ook van belang dat je weet dat er veel anatomische variatie is. En het meest waardevolle wat je kan doen om je anatomisch inzicht te vergroten, is een cadaverdissectiecursus. Maar, daarnaast zijn er diverse andere dingen die je zou kunnen doen om het risico op intra-arteriele injectie te minimaliseren.

PREVENTIE

- Herhaal de anatomie: lees artikelen en boeken (anders vergeet je het)
- Doe een cadaverdissectiecursus! De OC van de NVCG organiseert er één in februari of maart 2015
- Aspireer niet; dit geeft een onterecht gevoel van veiligheid, maar gebruik je anatomische kennis
- Injecteer zo veel mogelijk met canule
- Als je met naald injecteert, zorg er dan voor dat de naald ofwel dermaal, ofwel op het periost gepositioneerd is tijdens het injecteren

NA FILLERS

- Zorg dat je een protocol hebt voor intra-arteriële injectie.
- Injecteer zo min mogelijk statisch (zonder te bewegen met de naald).
- Als je een bolustechniek hanteert, injecteer dan met weinig volume (om de uitgebreidheid van een eventuele embolus te beperken) en injecteer dan ook langzaam (om retrograad migreren van de embolus te voorkomen; retrograde migratie is noodzakelijk om van het gezicht het oog in te komen tegen de bloedstroom in).



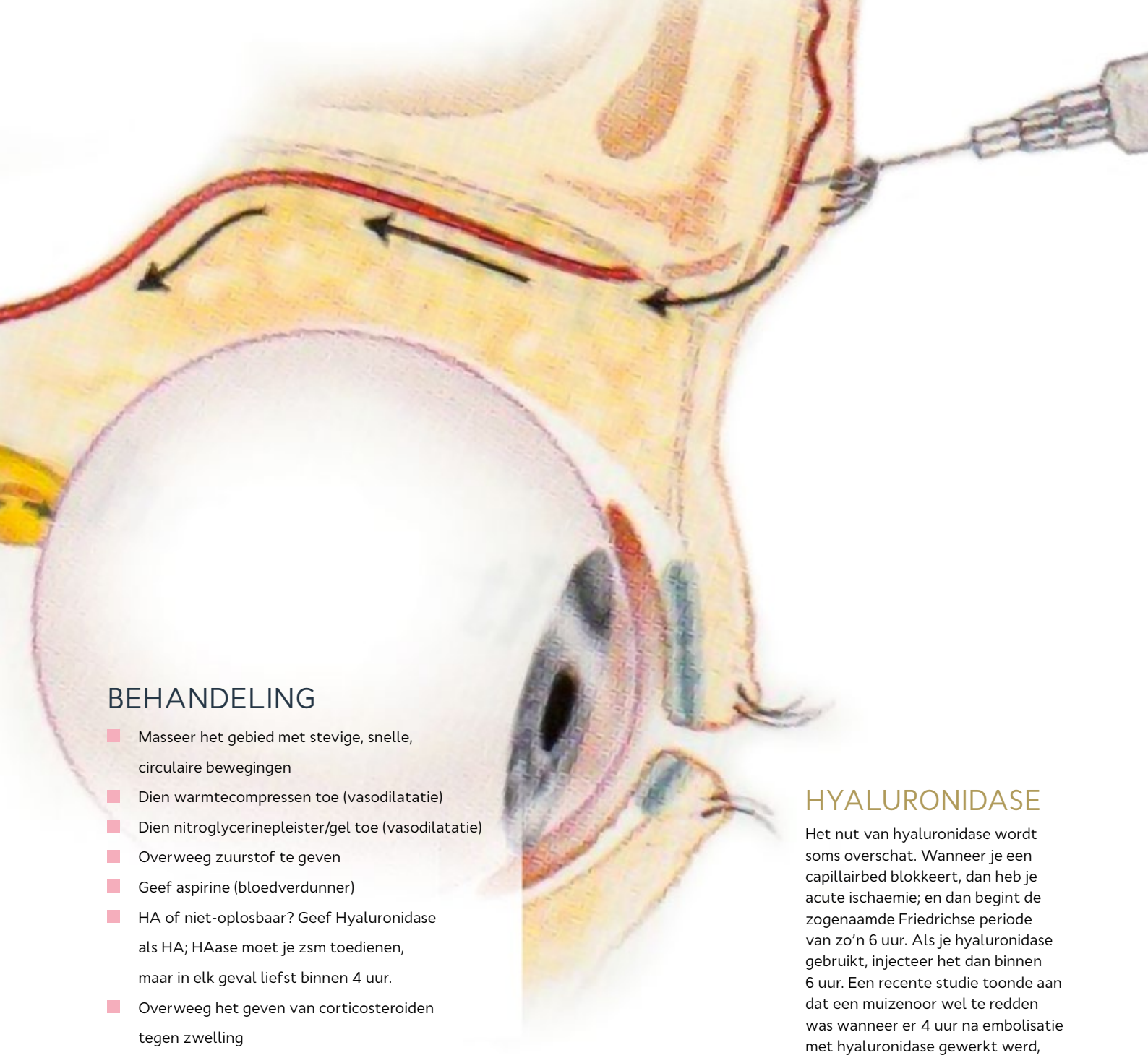
ARTERIE AANGEPRIKT

En toch blijft het mogelijk dat er, ondanks het feit dat je de grootst mogelijke zorgvuldigheid hebt betracht, een bloedvat aangeprikt wordt en er filler intra-arterieel terecht komt. Ik denk dat dit veel vaker voorkomt dan we denken. En omdat het gezicht zo goed gevasculariseerd is, zien we vrij weinig problemen. Want er is bij een beperkt gebied dat niet geperfundeerd wordt, altijd wel een alternatieve bloedvoorziening in de buurt waardoor het geblokkeerde capillairbed toch niet ischaemisch of necrotisch wordt. Uitzonderingen daargelaten, vooral in de midlijn van het gezicht waar zich veel eindarteriën bevinden. En wat doe je dan als het zover is? En hoe weet je dat het zover is? Hoe weet je zeker dat je intra-arterieel geïnjecteerd hebt?

TEKENEN VAN ACUTE ISCHAEMIE

- Scherpe pijn
- Marmerende huid: bleek met blauwe venen
- (acute blindheid)

ADVERTENTIE



BEHANDELING

- Masseer het gebied met stevige, snelle, circulaire bewegingen
- Dien warmtecompressen toe (vasodilatatie)
- Dien nitroglycerinepleister/gel toe (vasodilatatie)
- Overweeg zuurstof te geven
- Geef aspirine (bloedverdunner)
- HA of niet-oplosbaar? Geef Hyaluronidase als HA; HAase moet je zsm toedienen, maar in elk geval liefst binnen 4 uur.
- Overweeg het geven van corticosteroiden tegen zwelling
- Laat patiënt 30-60 minuten niet vertrekken
- Geef recept mee voor fucidine (ivm verminderde aanwezigheid van immuunsysteem door verminderde doorbloeding).
- Geef instructies: geen compressie, mag ibuprofen nemen, geef je eigen 06-nummer in geval pijnlijker wordt, smeer fucidine)
- Dagelijkse checkup x 14 dagen, eventueel via email/telefoon met foto's.
- Wondverzorging moet perfect zijn.
  Overweeg LED behandeling.
  Overweeg hyperbare geneeskunde.

HYALURONIDASE

Het nut van hyaluronidase wordt soms overschat. Wanneer je een capillairbed blokkeert, dan heb je acute ischaemie; en dan begint de zogenaamde Friedrichse periode van zo'n 6 uur. Als je hyaluronidase gebruikt, injecteer het dan binnen 6 uur. Een recente studie toonde aan dat een muizenoor wel te redden was wanneer er 4 uur na embolisatie met hyaluronidase gewerkt werd, maar niet wanneer dat pas na 24 uur gedaan werd.[4]

REFERENTIES

1 *Kadouch. Complications After Soft Tissue Fillers. Academisch proefschrift (Vrije Universiteit Amsterdam; 4 december 2014). ISBN 978-94-6182-509-4*
2 *J. Pessa & R. Rohrich. Facial Topography, Clinical Anatomy of the face. Quality Medical Publishing 2012*
3 *D. Lazzeri et al. Blindness following Cosmetic Injections of the Face. Plast. Reconstr. Surg. 129: 995, 2012.*
4 *Kim et al. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2011) 64, 1590e1595*

Door *Jan Aghina*

Complicaties zijn ongewenste bijwerkingen van een behandeling. Meestal vermijdbaar door zorgvuldig en geprotocolleerd te werken, en acht te slaan op de signalen van de patiënt. Complicaties bestaan er in vele vormen, variërend van zeer simpel tot uiterst gecompliceerd en al dan niet leidend tot blijvende schade.

Complicatie casuïstiek

Enkele complicaties uit de dagelijkse praktijk, voorzien van een schets van de omstandigheden die mogelijk hebben bijgedragen.

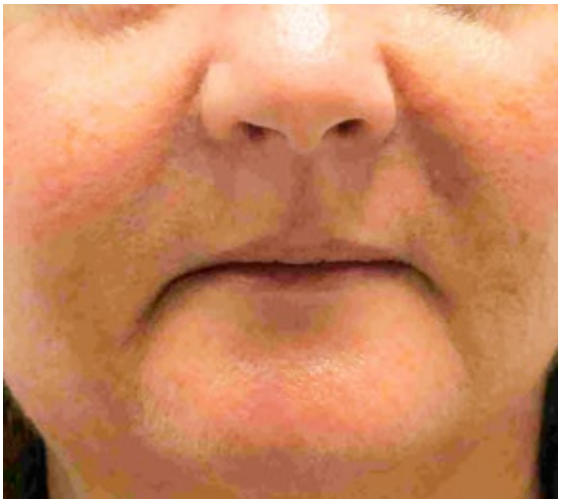
CASUS 1 VERGETEN

Een dag na het inbrengen van een 6 cm lange pdo-barb voor een werkbrauwlift tijdens een workshop gegeven door een buitenlandse collega merkte patiente – zij was het laatste model die middag - een blauwe draad op net in de haargrens. De omgeving zag er rustig uit. Er waren geen tekenen van infectie. Na ontsmetting van de huid en de draad werd de draad onder tractie zo laag mogelijk afgeknipt en daarna onder de dermis verborgen. Het verdere verloop was ongestoord.

CASUS 2 NIET DIEP GENOEG

Tijdens een demo werd een forse bolus (0,5 ml) hyaluronzuur laagdermaal geïnjecteerd op het rechter zygoma. Twee dagen nadien bleek er een van de onderlaag verschuifbare bal te bestaan tussen de laterale ooghoek en het zygoma. De bal werd aangeprikt en er werd 150 IE Hyaluronidase geïnjecteerd. Na drie dagen was de zwelling geheel verdwenen.

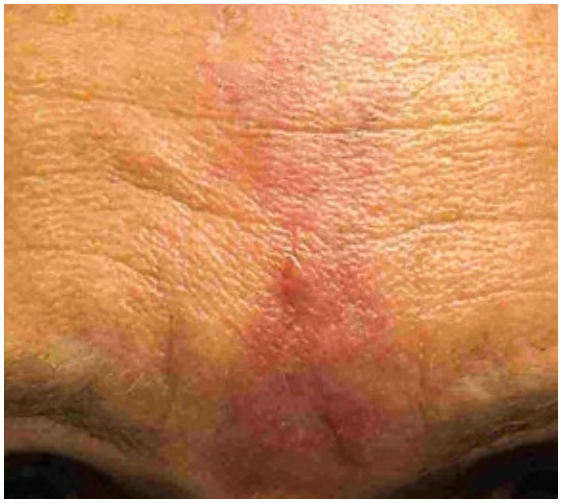
CASUS 3 ERVARING ALS VALKUIL



Tijdens een training plaatste een ervaren cosmetisch arts onder toezicht van een dermatoloog die als internationale authoriteit op dit gebied wordt gezien een pdo-barb van het rechter laterale zygoma naar de nasolabiale plooi ter hoogte van de mondhoek. Tijdens het inbrengen voelde patiënte plotseling een hevige pijn. Na een korte stop werd de draad alsnog geplaatst en de pijn nam na het verwijderen van de inbrengnaald af. De volgende ochtend ontwaakte patiënte met een forse zwelling van de rechter wang. De zwelling werd gepuncteerd, waarbij wat oud bloed werd opgezogen. Na 15 minuten ijsapplicatie werd de draad door massage wat verplaatst. Aansluitend werd weer gekoeld met ijs. Er werd een kuur amoxycilline 500 mg met 125 mg clavulaanzuur voorgeschreven voor 7 dagen. De patiënte herstelde geheel in 7 dagen. Mogelijk werd tijdens het inbrengen van de draad de ramus buccalis van de nervus facialis aangeprikt. Dat verklaart de plotse hevige pijn. Direct daarna ligt in hetzelfde vlak de vene facialis die mogelijk werd doorsneden door de inbrengnaald.

CASUS 4 TE VEEL OP DE VERKEERDE PLAATS

Tijdens een demonstratie werd de fronsrimpel van het model opgevuld met 0,4 tot 0,6 ml gecrosslinked hyaluronzuur filler. Ondanks dat het model direct een scherpe pijn voelde, werd de procedure afgemaakt. Er zou geen sprake zijn geweest van een acute verkleuring van de huid of toenemende pijn. De volgende dag was het voorhoofd van het model vlekkerig rood en waren er duidelijk geoccludeerde vaten te zien met name aan de linker zijde. Een lichte pulsatie van de arteria supratrochlearis was rechts nog te voelen. Na een injectie in de bolus met 150 IE hyaluron werden hete compressen gegeven, en als medicatie acetylsalicylzuur 80 mg en een kuur amoxycilline 500 mg met clavulaanzuur 125 mg. De volgende dag werd er een doppler-echo gemaakt van het gebied, waarop geen pulsaties zichtbaar waren. Aansluitend werd nogmaals behandeld met hyaluronidase. Necrose van de huid trad niet op. De huid was wel erg gevoelig en rood. Na vier weken was het voorhoofd weer redelijk rustig. De verwachting is dat het nog verder zal verbeteren zonder dat een ingreep noodzakelijk is. Door de forse bolus is een druk ontstaan in het omgevende weefsel, waardoor eerst de vena supratrochlearis (ook bekend als vena frontalis) is dichtgedrukt en aansluitend de arteria supratrochlearis.



IGZ MELDINGPLICHT

Conform het Kwaliteitsbeleid Zorginstellingen dient onverwijld gemeld te worden aan de Inspectie GezondheidsZorg, indien

- Een calamiteit, wat wil zeggen een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of ernstig schadelijk gevolg voor cliënt van de instelling heeft geleid

Door *Dr. Luc Louis Huysmans*

Licht heeft iets on(be)grijpbaars.
In tegenstelling tot het geluid, plant het licht zich voort in een vacuüm en een lichtbundel in een vacuüm dooft niet uit, maar blijft eeuwig verder gaan. Nochtans, als er licht(energie) is in een vacuüm, is dit niet langer een echt vacuum meer. Licht gaat er dwars doorheen en licht als energie, vergaat niet (voorzover de thermodynamische wetten gelden in een heelal of een systeem zonder grenzen) en heeft dus iets onsterfelijk. Licht bestaat uit quanta, fotonen genaamd welke zich kunnen transformeren; De ene keer gedragen ze zich als een electromagnetische golf en de andere keer als corpusculaire fotonen m.a.w. licht is een vectoriële energie, welke zich kan omzetten in een scalaire massa ($E=mc^2$) of een electromagnetische golf die zich kan kwantificeren als een foton en zich kan materialiseren als een electron.

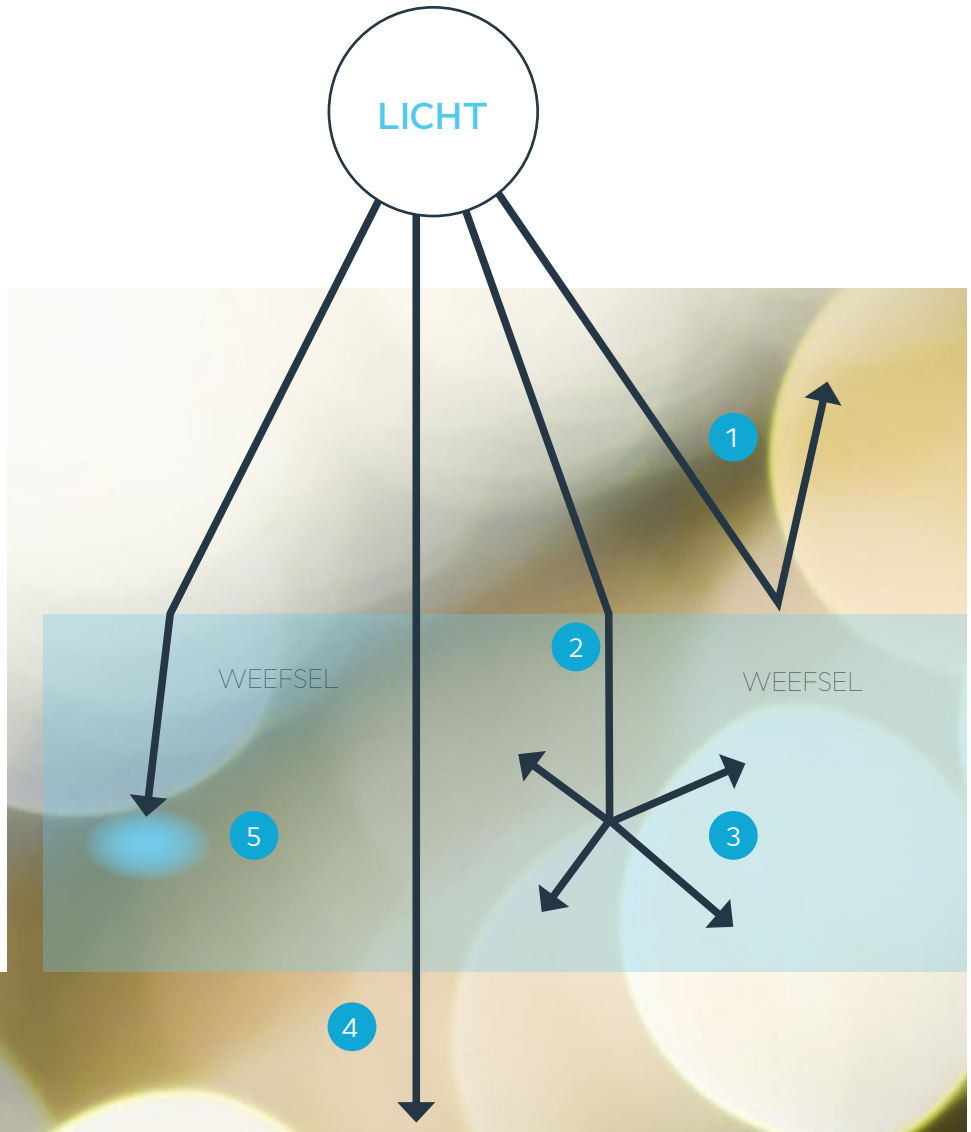
Hoe een blauwe kleur van een

Enkele bedenkingen...

We beperken ons tot zichtbaar licht en optische effecten

Maar ook dit licht gedraagt zich bijzonder; Wanneer licht een object raakt, kan je niet met zekerheid zeggen welk foton nu al dan niet weerkaatst zal worden of het object binnen zal dringen.
Wanneer licht een oppervlakte raakt, zijn er voor een foton optisch gesproken 5 basismogelijkheden, met name:

1 - Reflectie(weerkaatsing)
2 - Refractie(breking)
3 - Strooiing (scattering)
4 -Transmissie (penetratie)
5 - Absorptie



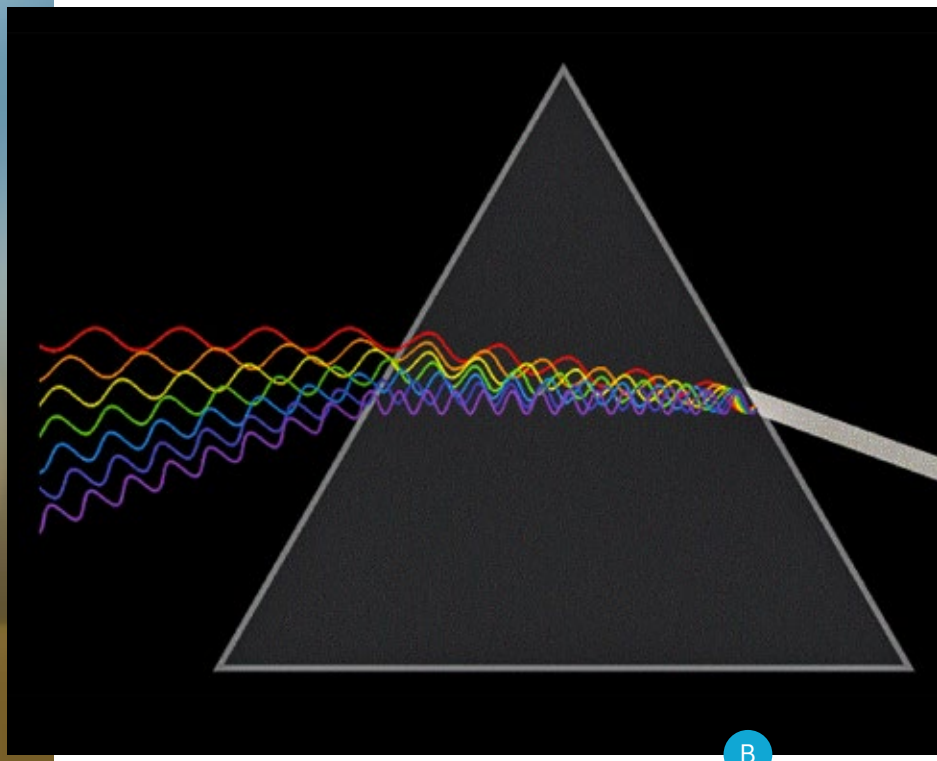
filler in de huid verklaren?

Licht heeft geen energie maar is energie en fotonen kunnen van een verschillende energie zijn

Maar fotonen van verschillende energie betekent dat licht als een electromagnetische golf ook een andere frequentie (E=hv) en dus een andere golflengte zal hebben en ons oog zal dit verschil waarnemen als een andere kleur. Voor een foton met een energie van 1.75 eV berekenen we een golflengte van 708 nm en zien we een rode kleur, terwijl we voor een foton van 2.75 eV (anderhalf maal zoveel energie) 450 nm bekomen maar wel een blauwe kleur zien. Fysische kwantiteiten worden voor onze waarneming kleurkwaliteiten.

Een foton kan alle energie verliezen en zo volledig verdwijnen. Deze energie kan bijvoorbeeld volledig geabsorbeerd worden in een zwart gat. Volgens de fysica is zwart geen kleur, maar de afwezigheid van kleur en is zwart geen licht, maar de afwezigheid van fotonen. Een object dat alle licht absorbeert is een zwart lichaam. Volledige lichtabsorptie betekent geen gereflecteerd noch doorgaand licht; dus het object is zwart. Als zwart toch nog zichtbaar is, dan is het omdat het niet perfect zwart is; niet alle licht wordt dan geabsorbeerd en er blijft licht over dat terecht komt in ons oog. Zwart, een zwart lichaam of een 'zwart gat' is onzichtbaar.

Kleur is ook geen eigenschap van een object, want dit object heeft een andere kleur wanneer het in een andere kleur licht staat. Kleur is licht van een bepaalde golflengte en enkel het licht dat in ons oog terecht komt, door reflectie bepaalt de kleur van een object.

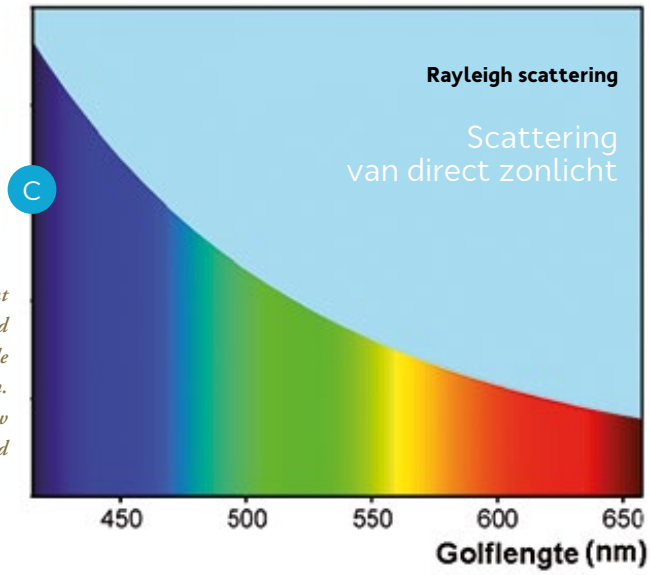


B

Wit licht is dan weer een verzameling fotonen van verschillende energie of een verzameling van alle verschillende golflengten(kleuren) uit het spectrum van het zichtbare licht, welke we met een prisma door refractie (lichtbreking) terug kunnen uitsplitsen in een regenboog van kleuren. Deze regenboog aan kleuren ontstaat nu juist doordat elke golflengte een andere refractie (lichtbreking) heeft en door ons oog als een andere kleur wordt waargenomen. In *fig B* zien we dat fotonen van een hogere energie of licht met een kortere golflengte door een oppervlakte meer gebroken worden, m.a.w. de refractie is groter voor blauw dan voor rood licht. Door deze verschillen in refractie ontstaat een dispersie van het licht in een spectrum van kleuren.

Scattering (lichtstrooiing)

is proportioneel ook groter voor blauw dan voor rood licht, maar is een ander fenomeen volgens andere kwantitatieve wetten, *fig C*.
Licht-scattering zorgt ervoor dat de lucht en het zeewater blauw zijn en kan een oppervlakkig in de huid gelegen filler een blauwe schijn geven. Scattering in onze huid (epidermaal door keratine en melanine; dermaal door collageen en elastine) zorgt ook voor de bescherming van ons organisme tegen meer energierijke fotonen. (Onzichtbare UV-A fotonen met een golflengte van ca 360nm en een energie van 3.45 eV gaan vlot door vensterglas,maar worden gestrooid en geabsorbeerd in ons epiderm.) Het is dus belangrijk om strooiing even nader te onderzoeken.



Afbeelding B toont dat de strooiing omgekeerd eevenredig is met de vierde macht van de golflengten. Scattering is voor blauw groter dan voor rrod

Als licht onveranderd doorheen een object gaat,dan noemen we dit object transparant en is er totale transmissie van het licht m.a.w. de uittredende fotonen zijn identiek aan de intredende. Als het object daarentegen nu niet perfect homogeen is, maar onzuiverheden bevat, dan kunnen de fotonen er niet onveranderd doorheen.

De fotonen van het zichtbaar licht, welke maar een energie hebben van ca 1 Ev botsen met sommige moleculen. Tengevolge van deze botsing veranderen ze van richting, maar bij de botsing kunnen zij, hetzij hun kinetische energie behouden (een elastische strooiing), hetzij een deel van hun kinetische energie afstaan*1 aan een electron (niet elastische strooiing).

ADVERTENTIE

mesopeel®
advanced dermapeels
by **mesoestetic®**

Mesopeel is de meest geavanceerde reeks van specifieke chemische peelings, speciaal ontworpen voor artsen. Veilige en effectieve dermapeels in verschillende percentages, die gemakkelijk in gebruik zijn.

Met de Mesopeels van Mesoestetic kan hyperpigmentatie, alle stadia van anti-aging, acne, couperose, rosacea, striae en andere onvolkomenheden worden behandeld.

mesopeel glycolic
20%, 35%, 50%, 70%
mesopeel lactic
30%, 40%, 50%
mesopeel salicylic
10%, 20%, 30%
mesopeel mandelic
30%, 40%, 50%
mesopeel TCA
15%, 35%
mesopeel melanostop
azelaic acid 20% / resorcinol 10% / phytic acid 6%
mesopeel modified jessner
salicylic acid 14% / lactic acid 14% / citric acid 8%
mesopeel azelan
azelaic acid 20% / salicylic acid 20%
mesopeel piruvex
pyruvic acid 40% / lactic acid 10%

mesoestetic®
T 023 711 45 33 I E info@mesoestetic.nl

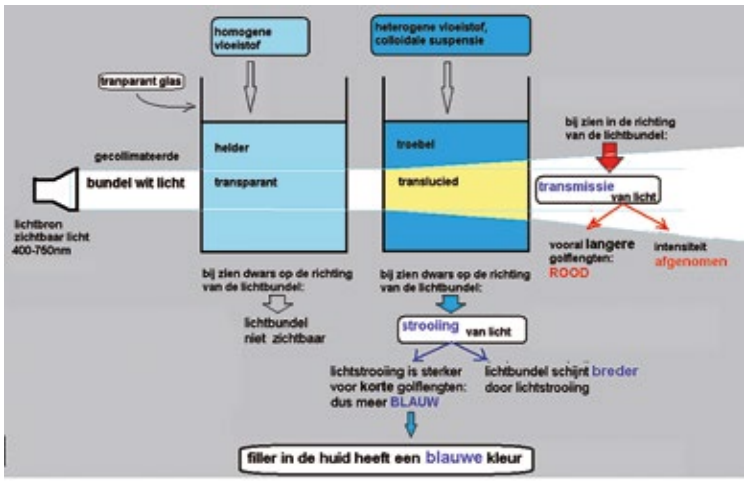
mesoestetic.nl

Voor de verklaring van de door ons klinisch vastgestelde licht-weefsel interactie (blauwe kleur van een filler in de huid) lijkt een lichtpartikel interactie van het type **elastische scattering** kwantitatief de belangrijkste lichtstrooiing. Afhankelijk van de relatieve grootte van de onzuiverheden tegenover de golflengte van het invallend licht onderscheiden we nu 2 basis types van elastische scattering:

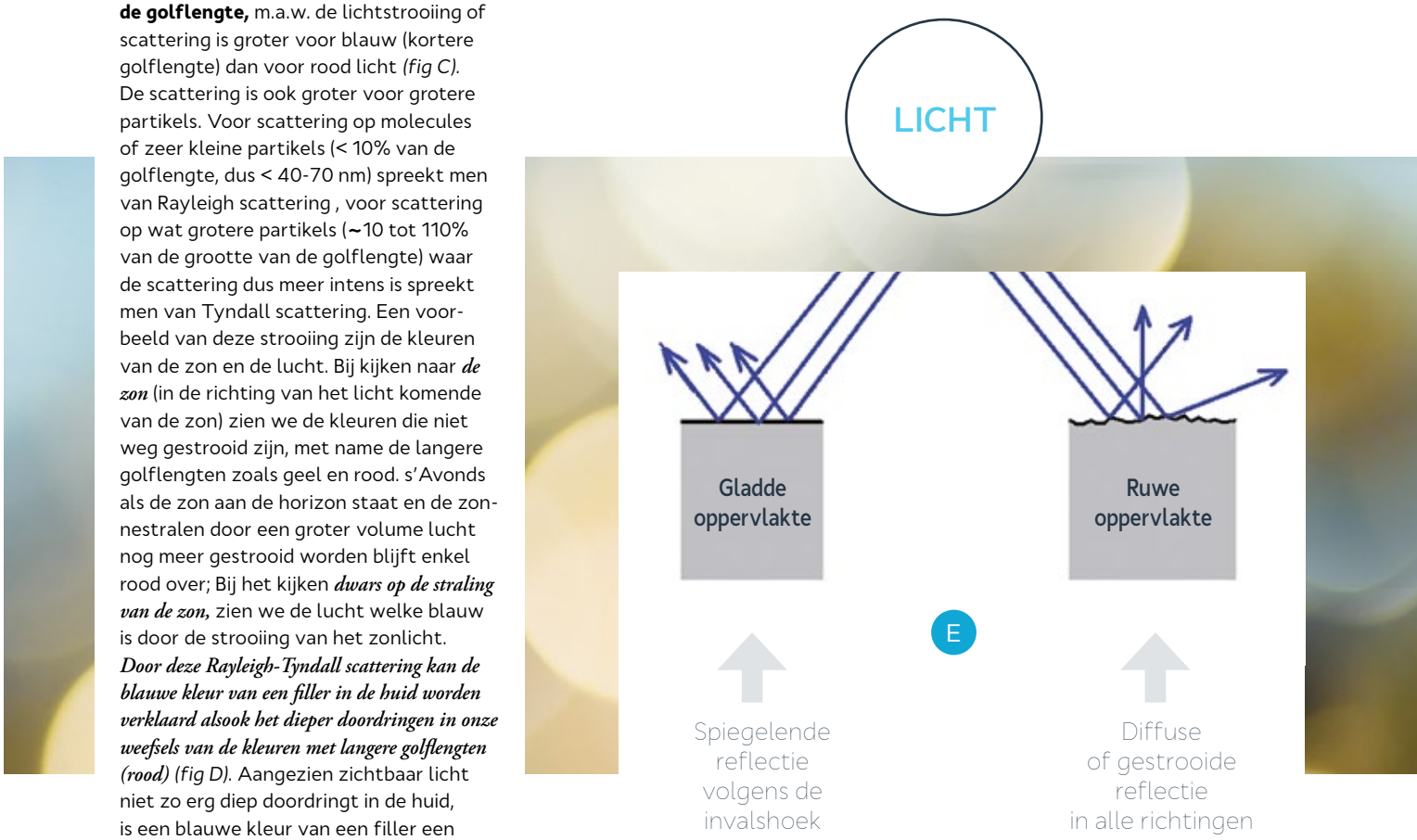
Als de onzuiverheden **kleiner** zijn dan de golflengte van het invallend licht

hebben we te doen met **Rayleigh scattering**. Dit is een lichtstrooiing in nagenoeg alle richtingen welke typisch **omgekeerd evenredig is met de vierde macht van de golflengte,** m.a.w. de lichtstrooiing of scattering is groter voor blauw (kortere golflengte) dan voor rood licht *(fig C).* De scattering is ook groter voor grotere partikels. Voor scattering op molecules of zeer kleine partikels (< 10% van de golflengte, dus < 40-70 nm) spreekt men van Rayleigh scattering , voor scattering op wat grotere partikels (~10 tot 110% van de grootte van de golflengte) waar de scattering dus meer intens is spreekt men van Tyndall scattering. Een voorbeeld van deze strooiing zijn de kleuren van de zon en de lucht. Bij kijken naar *de zon* (in de richting van het licht komende van de zon) zien we de kleuren die niet weg gestrooid zijn, met name de langere golflengten zoals geel en rood. s'Avonds als de zon aan de horizon staat en de zonnestralen door een groter volume lucht nog meer gestrooid worden blijft enkel rood over; Bij het kijken *dwars op de straling van de zon,* zien we de lucht welke blauw is door de strooiing van het zonlicht. *Door deze Rayleigh-Tyndall scattering kan de blauwe kleur van een filler in de huid worden verklaard alsook het dieper doordringen in onze weefsels van de kleuren met langere golflengten (rood) (fig D).* Aangezien zichtbaar licht niet zo erg diep doordringt in de huid, is een blauwe kleur van een filler een indicatie dat deze oppervlakkig is gelegen (Blauwe verkleuring rond of nabij een geïnjecteerde filler kan ook een teken zijn van een circulatie stoornis.)

D



Tyndall effect: Lichtstrooiing door partikels (opaak) gesuspendeerd in een transparant medium



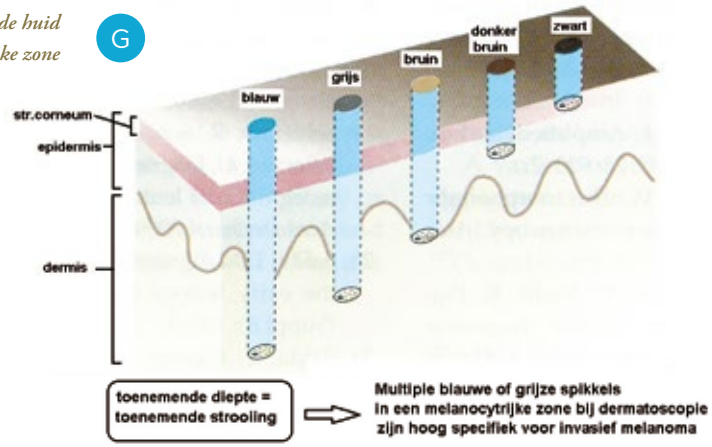
E

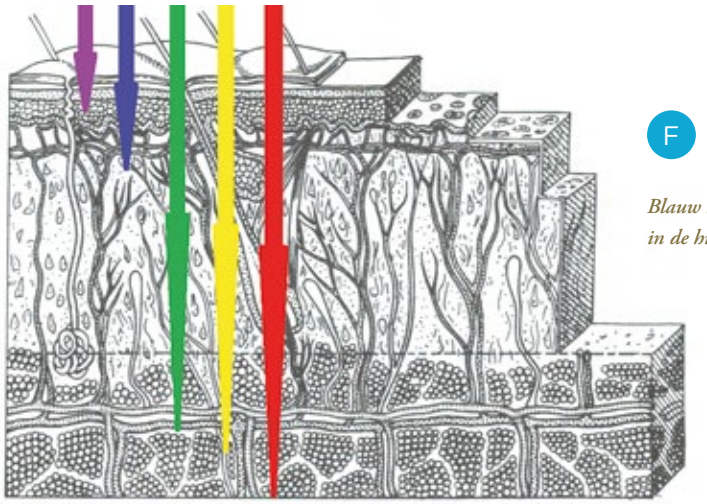
Als de onzuiverheden **groter** zijn dan de golflengte van het invallend licht

dan hebben we eerder te doen met **Mie scattering**. De lichtstrooiing is dan minder gelijk in alle richtingen en zelfs **groter in voorwaartse richting** dan in terugwaartse richting. Scattering moet in feite niet gezien worden als het mechanisch terugbotsen van een foton op een onzuiverheid of een atoom. Vermits atomen meer leegte bevatten, dan vulling, moet scattering eerder gezien worden als een complexe interactie van een inciderende electromagnetische golf met een oscillerende electronenwolk binnen een moleculaire structuur. De reacties zijn dus complex, maar typisch voor Mie scattering is dat de lichtstrooiing gelijk is voor alle kleuren dus ***nagenoeg onafhankelijk is van de golflengte***, hierdoor verkrijgen we een witte strooiing, want alle kleuren samen geven een witte kleur.
Mie scattering is dus verschillend van een Rayleigh scattering op zeer fijn stof welke rook een blauwe schijn zal geven en is ook niet te verwarren met een diffuse of ***verstrooide*** lichtreflectie *(fig E)* welke een opwaaiende dikke stofwolk zichtbaar maakt door lichtweerkaatsing. Mie scattering is geen strooireflectie, maar echte lichtstrooiing. Een voorbeeld ervan vinden we in de lagere atmosfeer waar grotere partikels als stof en waterdamp accumuleren welke dan alle lichtkleuren gelijk gaan strooien; zo krijgen de wolken in de lucht een witte kleur.

Kleur versus diepteligging in de huid voor een melanocyt-rijke zone

G





F

Blauw licht dringt minder diep door in de huid dan rood licht

Lichtstrooiing in onze huid is zeer belangrijk

maar heeft geen direct klinisch effect omdat er geen energie wordt overgedragen.*2
Het belang van lichtstrooiing ligt in het feit dat een lichtbundel afgezwakt of uitgedoofd wordt en dat het op die manier ons lichaam beschermt.
In *figuur F* waar de relatieve penetratie diepte van verschillende kleuren geschematiseerd is wordt dit duidelijk.
In *figuur G* tenslotte merken we dat de strooiing van het licht welke niet door melanine geabsorbeerd werd, toeneemt met de toenemende diepte van een naevus in onze huid en aldus een diagnostisch belangrijke kleurschakering veroorzaakt.

Nagenoeg alle licht welk in ons oog terecht komt en welk we dus zien is indirect licht, gestrooid, gereflecteerd, gebroken licht. Strooiing is overal, want alle objecten zijn inhomogeen, aangezien alles bestaat uit atomen welke strooiing geven.

luc.louis.huysmans@skynet.be

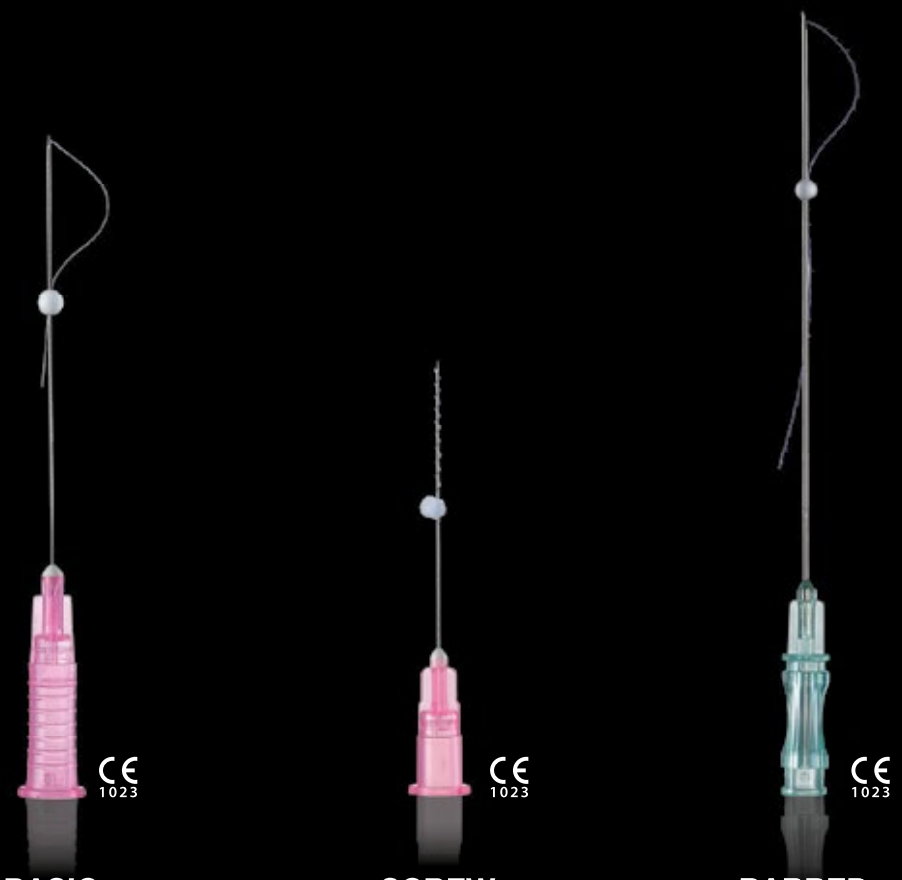
**1 Afstaan van energie heeft ook voor gevolg dat de strooistraling altijd een kleinere golflengte heeft dan het invallend licht.*

**2 Absorptie(= het afstaan van energie) is nodig om een klinisch effect te bekomen(von Grotthuss-Draper wet en Stark-Einsteinwet).
Een klinisch effect vereist ook voldoende energie om het target te bereiken en voldoende energie densiteit om een gewenste respons te triggeren.
Absorptie is bij licht en energie behandelingen een zeer belangrijk mechanisme, maar is voor deze bespreking van ondergeschikt belang.*

Princess® LIFT

Interesse in een Workshop?

PDO
BY AESPIO



BASIC **SCREW** **BARBED**

Indien u interesse heeft in een workshop over PDO threads email dan naar:
office@cromapharma.nl

Manufactured by **MEDIFIRST**. Distributed by **Croma-Pharma GmbH**, Austria.

De inspectie op bezoek

Protocollen op naleving getoetst

Door Jan Aghina

De reden waarom de ene kliniek wel wordt bezocht en een andere niet, wordt niet gegeven. De bezoeken vinden niet plaats naar aanleiding van een klacht, maar het samenwerken in de kliniek met bijvoorbeeld een plastisch chirurg lijkt een trigger te vormen, net als het beschikken over een operatiekamer.

Geurstokjes, bloemen en open haarden horen dus niet thuis in de behandelkamer. Die kamer is ingericht als medische praktijk. Dossiervorming moet volledig zijn en vooral voorvallen of complicaties dienen nauwgezet te worden gevolgd. Met enige regelmaat wordt gevraagd naar de producten die gebruikt worden.

Uitgangspunt bij ieder onderzoek zijn de eigen protocollen en richtlijnen die gelden voor de beroepsgroep. Als je je daar aan houdt, is er geen probleem. Echter, je dient je wel altijd te houden aan die (zelf) opgelegde regels. Dus, altijd een foto van iedere behandeling in dossier; iedere behandeling zorgvuldig en volledig beschreven en van iedere behandeling kunnen aantonen dat er een ontslagbrief is opgemaakt die de patiënte ter hand kan of dient te stellen van de huisarts. En alle zaken die verlopen kunnen zijn – niet alleen de fillers, maar inclusief o.a. de naalden – worden gecheckt. Denk ook aan de praktijkkoelkast; als deze voor het opslaan van medicijnen is, dient de deur op slot te kunnen en moet er een overzicht van minimum en maxiumtemperaturen getoond kunnen worden.
Gehoord de vele opmerkingen van collegae over de IGZ-bezoeken is het duidelijk dat de inspecteurs de cosmetische geneeskunde zien als een integraal onderdeel van de gezondheidszorg.
De kliniek of praktijk is derhalve een medische praktijk en geen spa.

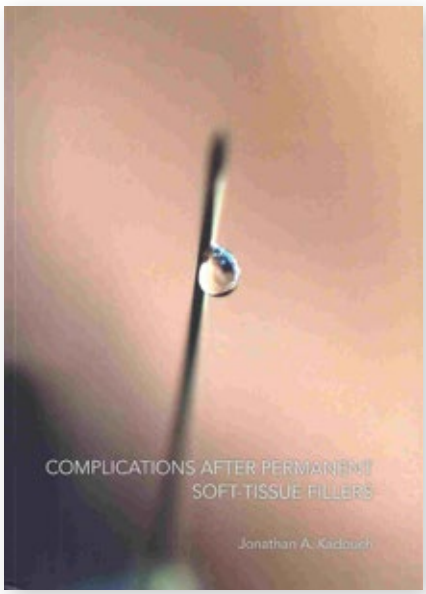
Vooral de argumenten die worden gehanteerd om een keuze te kunnen maken worden interessant gevonden. De beslisboom dient echter ook op papier te staan, zowel als algemeen dan wel als specifiek productgebonden protocol.
Hanteer ook op een juiste wijze het lidmaatschap van de NVCG. Niet de kliniek, maar de arts is lid van de NVCG. De kliniek kan wel zijn aangesloten bij of gecertificeerd door ZKN.
Wordt een bezoek in jouw kliniek aangekondigd, bereid je er dan goed op voor met alle medewerkers. De Inspectie inspecteert, vraagt en oordeelt, en is geen adviesdienst. Je eigen protocollen zijn het uitgangspunt bij het bezoek.
Ga nog eens na of de protocollen nog de werkelijkheid weergeven en of die dagelijks op de vastgelegde wijze worden gehanteerd. Een goede voorbereiding voorkomt veel stress tijdens het bezoek en veel werk na ontvangst van de voorlopige rapportage.

De Inspectie voor de GezondheidsZorg is gevraagd medewerking te verlenen aan dit artikel. Op het verzoek werd als volgt gereageerd :"

"De inspectie kan zich de achtergrond van uw verzoek goed voorstellen maar kiest er op dit moment voor om er niet op in te gaan. De toezichtsactiviteiten richten zich op de gehele sector van particuliere klinieken en specialistische somatische zorg. Daarnaast heeft het veld (zowel zorgaanbieders als branche-organisaties en wetenschappelijke verenigingen) een eigenstandige verantwoordelijk om veiligheid en kwaliteit te bevorderen. Ik wijs er op dat de IGZ zelf geen richtlijnen opstelt, maar enkel de naleving toetst.
Ik reken op uw begrip en wens u en uw vereniging veel succes bij uw verdere activiteiten. Mocht u toch in CG Magazine aandacht besteden aan dit onderwerp is de inspectie uiteraard zeer geïnteresseerd in het artikel."

Door *Jan Aghina*

Complications after permanent soft-tissue fillers



Auteur: Jonathan A. Kadouch

ISBN: 978-94-6182-509-4

Complications after permanent soft-tissue fillers is het proefschrift dat Jonathan A. Kadouch (m.) op 4 december jl met succes verdedigde ten overstaan van de promotiecomissie van de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam. In zijn thesis geeft de dermatoloog in opleiding na een volledig historisch overzicht van de fillers, in een aantal hoofdstukken die alle zijn geplaatst in belangrijke medische tijdschriften een systematische analyse van de complicaties die optreden na injecties met permanente fillers. De in- en de extrinsieke factoren die het ontstaan en de aard van de complicaties beïnvloeden zijn daarbij in kaart gebracht. De diagnostische onderzoeksmethoden zijn onderzocht en voor de reeks van complicaties worden behandelopties beschreven. Daarmee geeft dit proefschrift een volledig wetenschappelijk inzicht in de complicaties van permanente fillers, maar ook een praktisch handvat voor de dagelijkse praktijk. Op zijn minst de hoofdstukken 1 en 8 zouden verplichte stof moeten zijn voor iedere cosmetische arts in opleiding.

Stellingen bij het proefschrift van Jonathan Kadouch:

In filler terminology 'permanent' refers not only to the permanent nature of the injected filler, but also to the permanent risk of complications.

Late-onset complications after filler injections may be mediated by (granulomatous) foreign-body reactions, type IV hypersensitivity reactions, adjuvant-based immune reactions, or microbial contamination of filler material (in biofilms or otherwise).

Treatment options for filler complications should be based on filler-specific characteristics, type of associated complications and (immune-) histological features.

With the biodegradable fillers currently on the market, and considering that injections with non-biodegradable fillers will still require periodic 'touch-ups', the use of permanent fillers should be limited to strict indications.

Noot van de redactie:
Binnen de NVCG is het gebruik van permanente middelen niet toegestaan.

Het hoofdartikel, vanaf pagina 8 in deze uitgave, gaat dieper in op de complicaties van de permanente fillers.

Dr. Dimitri Mihaylov

drs. Tom S. Decates

Commissie Wetenschap NVCG

Ig Nobelprijzen en Ig(n)oblige lijsten

De Commissie Wetenschap was de afgelopen maanden druk bezig om de belangrijkste medische tijdschriften in gebied van cosmetische geneeskunde te screenen en interessante wetenschappelijke artikelen voor de NVCG-leden te verzamelen.

In januari 2015 zal de jaarlijkse update van de databases op de NVCG-site verschijnen. Soms vindt de Commissie zeer interessante wetenschappelijke artikelen waar iedere NVCG-lid iets van kan leren, soms vindt de Commissie publicaties over bizar onderzoek. Aan de Harvard Universiteit in de Verenigde Staten zijn recent opnieuw tien van deze prijzen voor bizar onderzoek uitgereikt. De Ig Nobelprijzen zijn speciaal weggelegd voor wetenschappers, die met hun – soms onvoorstelbare en dubieuze – onderzoek, mensen eerst aan het lachen maken en daarna aan het denken zetten. Het initiatief van de Amerikaanse organisatie Improbable Research betreft ignoble onderzoek, onderzoek dat op het eerste gezicht onwaardig of beschamend is. Zo zijn dit jaar Tsjechische wetenschappers met een Ig Nobelprijs voor volksgezondheid beloond, omdat ze aantoonden dat het hebben van een kat geen enkele invloed heeft op persoonlijkheidskenmerken en hersenaandoeningen als depressie en schizofrenie. Japanse natuurkundigen onderzochten de hoeveelheid wrijving tussen een schoen, bananenschil en de grond, op het moment dat een onfortuinlijk persoon op een bananenschil stapt: goed voor de Ig Nobel natuurkundeprijs. Bij een bloedneus die niet te stelpen valt, zou u eens neustampons kunnen proberen gemaakt van gepekelde varkensvleesreepjes. Zo luidt het advies van vier Amerikaanse en Indiase wetenschappers. Zij wonnen dit jaar met hun gepubliceerde onderzoek zelfs de Ig Nobelprijs voor geneeskunde (bron: Medisch Contact, 19-09-2014).

Commissie Wetenschap Top 3 van de meest recente publicaties (derde en vierde kwartaal van 2014):

1

Efficacy of IncobotulinumtoxinA for Treatment of Glabellar Frown Lines: A Post Hoc Pooled Analysis of 2 Randomized, Placebo-Controlled, Phase 3 Trials. Dermatologic Surgery. 2014 Jul;40(7):776-85.

De publicatie heeft de superioriteit van Bocouture (Xeomin/Bocouture, Merz Pharmaceuticals GmbH, Frankfurt, Germany) ten opzichte van placebo voor de behandeling van fronslijnen bevestigd: Bocouture heeft bij 93,1% van de proefpersonen maximaal effect bereikt, 45,7% van de proefpersonen hebben effect gedurende 120 dagen.

2

A Typical Pattern of the Labial Arteries with Implication for Lip Augmentation with Injectable Fillers. Aesth Plast Surg (2014) 38:1083–1089.

De publicatie toont aan dat de vermiljoen borders van de boven- en onderlip veilig zijn voor oppervlakkige injecties met fillers. Alle ruimtes van de onderlip zijn veilig vanwege de geringe grootte van de opgaande slagaders. Om een volledige bovenlipvergroting te bereiken moet de filler geïnjecteerd worden in het middelste gedeelte van de lip. Diepe injecties tussen de spierlaag en de mucosa moeten worden vermeden vanwege het risico op verwonding van de anastomoseboog van de superieure labiale slagaders.

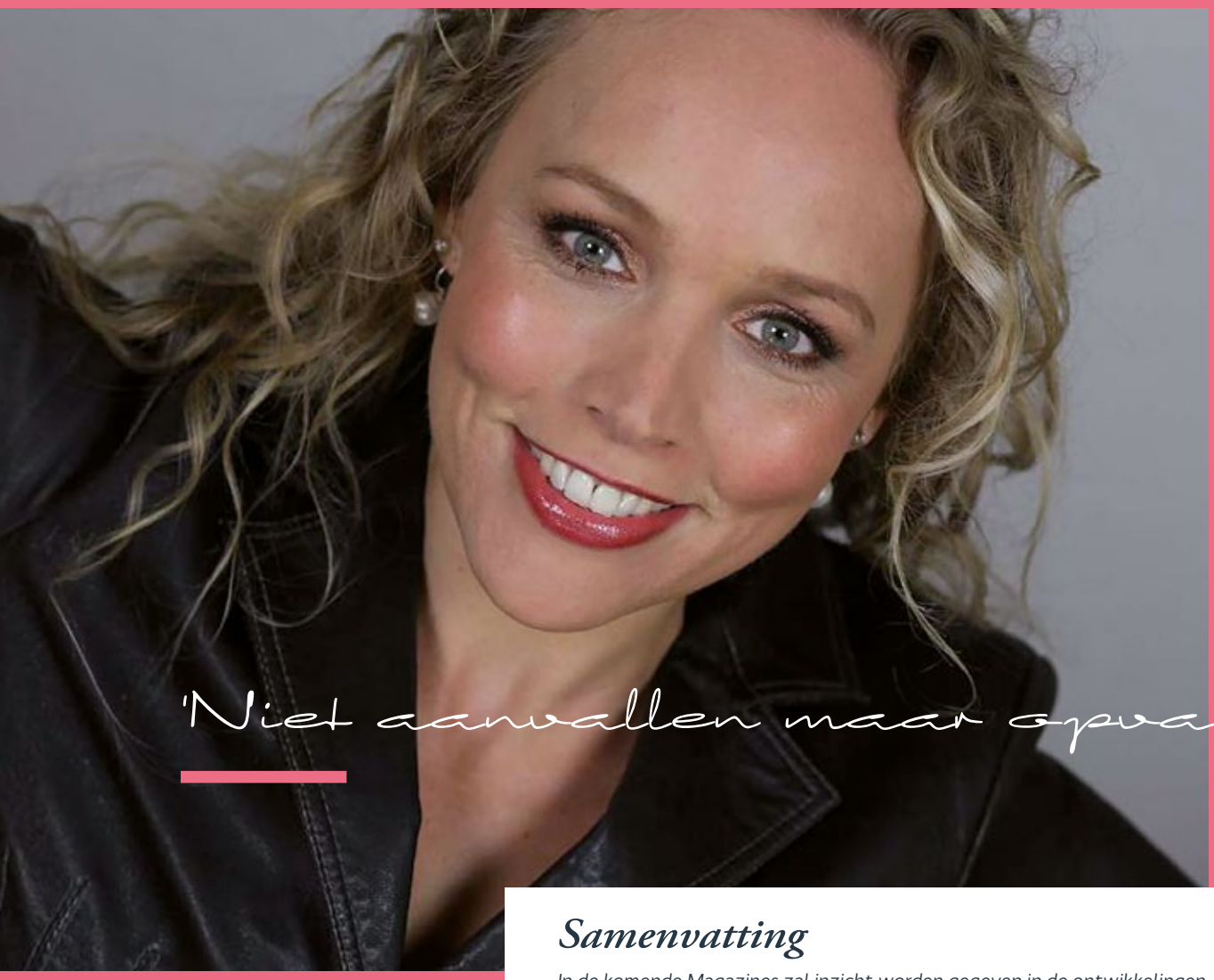
3

Botulinum toxin type A products are not interchangeable: a review of the evidence. Biologics: Targets and Therapy 2014:8 227–241.

Botulinum toxine type A (BoNTA) producten zijn injecteerbare biologische medicijnen afgeleid van Clostridium Botulinum bacteriën. Verschillende BoNTA producten worden verkocht in verschillende landen, maar ze zijn niet uitwisselbaar. Verschillen tussen producten omvatten productieprocessen, formuleringen en de testmethoden gebruikt om de eenheden van biologische activiteit te bepalen. Deze verschillen leiden tot een specifieke set van interacties tussen elk BoNTA-product en het geïnjecteerde weefsel. De producten verschillen in in-vivo profiel, zoals preklinische dosisresponscurven en klinische dosering, werkzaamheid, duur en veiligheid/bijwerkingen. De meeste, maar niet alle, gepubliceerde studies documenteren deze verschillen, wat suggereert dat hoe afzonderlijke BoNTA producten handelen, afhangt van experimentele en klinische condities. Deze verschillen zijn niet altijd voorspelbaar. Differentiatie door middel van wettelijke goedkeuringen biedt een maatstaf voor het vertrouwen in de veiligheid en werkzaamheid bij de opgegeven doseringen voor elke goedgekeurde indicatie. Gezien het feit dat BoNTA-producten krachtige biologische producten zijn, die voldoen aan belangrijke klinische behoeften, is het essentieel om te erkennen dat hun dosering en prestaties onderling niet uitwisselbaar zijn. Elk product moet worden gebruikt volgens de eigen richtlijnen van de fabrikant.

Door *Jan Aghina*

HUIDTHERAPIE PROFESSIONAL



'Niet aanvallen maar opvallen'

Samenvatting

In de komende Magazines zal inzicht worden gegeven in de ontwikkelingen bij vakgebieden die in nauw contact staan met de cosmetische geneeskunde. Hoe beter de omgeving van het vakgebied cosmetische geneeskunde bekend is, des te duidelijker kan dat vakgebied gedefinieerd worden. Bovendien maakt kennis van de aanpalende specialisaties het mogelijk om intensieve contacten met elkaar aan te gaan.

De huidtherapeute is sinds 1 januari 2003 opgenomen in de wet BIG en daar ging een lange aanloop aan vooraf. Vanaf 2011 is vastgelegd dat de huidtherapeuten zonder verwijzing van specialist of huisarts kunnen worden geraadpleegd, zoals dat ook is geregeld voor bijvoorbeeld de fysiotherapie. Zorgverzekeraars vergoeden de actiteiten van de huidtherapeut vanuit de basis- en aanvullende verzekering, waarbij er tussen de zorgverzekeraars nog aanzienlijke verschillen bestaan.

ISEERT

De Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) werd opgericht in 1978 en kent vanaf 1993 een beroepscode, die in 2009 is geactualiseerd. Er bestaan aan de Hogeschool Utrecht en de aan de Haagsche Hogeschool 4-jarige HBO-opleidingen. Huidtherapeuten zijn paramedici die de zieke of beschadigde huid behandelen, alsmede de daaronder liggende bloedvaten en het lymfesysteem; meer officeel gesteld is het doel van de huidtherapie: 'het opheffen, voorkomen of verminderen van stoornissen, beperkingen en/of handicaps ten gevolge van huidaandoeningen'.
De ruim 800 huidtherapeuten werken in eigen praktijk of in dienstverband samen met huisartsen, dermatologen en plastisch chirurgen. De website van de NVH vermeldt geen samenwerking met de cosmetisch artsen. Reden om de voorzitter van de vereniging ***Sabine Uitslag*** eens op te zoeken.

PROFESSIONALISEREN

Sabine Uitslag is een gepassioneerde voorzitter van de NVH en zij ziet vele mogelijkheden tot samenwerking tussen cosmetisch arts en de huidtherapeut. Logisch dat er bij een gezonde intacte huid een verbinding bestaat tussen tussen de schoonheidsspecialiste en de cosmetische artsen, ligt het anderszijds voor de hand dat bij een problematische huid contact wordt gezocht met de huidtherapeute. Dat dat nog weinig gebeurt, wijt Sabine aan de relatieve onbekendheid van de huidtherapeut. Ondanks dat het vakgebied vastgelegd is als paramedisch beroep in de Wet BIG en ondanks de vergoedingen die zorgverzekeraars betalen, is er veel nog onbekendheid.

Daar moet nodig verandering in komen. De enthousiaste voorzitter heeft hier zelfs een leus voor in petto: ***Niet aanvallen, maar opvallen.*** "Opvallen door een professionele benadering van de patiënt; er wordt structureel data verzameld voor onderzoek en er zijn samenwerkingen met hogescholen en relevante anderen om de inhoud van het vak door te ontwikkelen. Door een oprechte gastgerichte benadering richting de patiënt; het gaat in de zorg immers om oprechte aandacht voor die ander. Maar ook professionalisering door het aangaan van verbindingen tussen paramedici en medici.

De toekomst van de zorg gaat er anders uitzien in de komende decennia. We zullen meer moeten gaan samenwerken ten gunste van onze patiënten in de buurt van die patiënt. En dan bedoel ik ook samenwerken buiten onze gebaande paden, veel meer vanuit een integraal paramedisch opzicht. Daarnaast is structurele bij- en nascholing essentieel; immers als BIG beroep willen en moeten we blijven voldoen aan die kwaliteit die men van ons mag verwachten, en dan net iets meer", aldus Sabine.

AMBITIES

Dat is ook de reden dat de NVH in 2013 koos voor een betaald voorzitter buiten het vak huidtherapie met een uitgebreid netwerk zowel in de politiek als in de gezondheidszorg. "Ik moet eerlijk toegeven dat toen ik voor het eerst hoorde van deze functie, ik ook niet wist wat een huidtherapeut was, maar de passie die ik voelde bij het bestuur sloot één op één aan op mijn passie en het is mijn doel om deze beroepsgroep in de komende jaren echt een professionaliseringsslag te laten maken". Er staat een ambitieus plan op papier tot 2020. "Een ambitieus plan dat ik samen met mijn leden wil gaan bereiken". "Skills worden vergroot door postHBO-onderwijs; samenwerking en congresbezoek doen dat ook, maar zijn ook platforms om te laten zien dat je er bent en wat je kan. Zo zijn bijvoorbeeld NVH leden lid van de DALA en ontmoeten daar huidartsen en cosmetisch artsen; omgekeerd sprak Hayri Hortoglu op het laatste NVH-congres over rejuvenation van de huid. ***"Die uitwisseling met elkaar, vind ik erg belangrijk en zou nog veel intensiever mogen"***, vindt Sabine.
Een uitwisseling met anderen en niet samen in een klein kringetje blijven hangen, is een speerpunt van het beleid voor deze voorzitter. Zo is er een Raad van Advies, die bestaat uit vertegenwoordigers van beroepsgroepen die intensief (kunnen) samenwerken met de huidtherapeuten maar ook uit internationale ondernemers die vakinhoudelijk niet verbonden zijn aan huidtherapie. "Ik vind het erg belangrijk dat je als voorzitter je eigen kritische massa organiseert. Dat houdt je scherp en wakker. Aan louter 'ja-knikkers' heb ik niks."
"Vroeger had ik 'magisch papier', ken je dat? Als je daar met een potlood over heen kraste dan ontstond er een beeld dat er altijd al was, maar niet zichtbaar. Zo zie ik de positie van de huidtherapeuten ook. Het zou zonde zijn hier geen gebruik van te maken. Ik probeer als voorzitter dat potlood te zijn. En ik verbaas me nog elke dag hoeveel moois er tevoorschijn komt! Opvallen dus!" Met Sabine als voorzitter moet dat lukken.

Sabine Uitslag studeerde verpleegkunde aan de Saxion Hogeschool in Enschede, gevolgd door Gezondheidswetenschappen (richting Verplegingswetenschap) aan de Rijksuniversiteit Limburg.
Ze voltooide de Top Class Bestuurskunde in de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Van 2008-2012 was ze lid van de Tweede Kamer voor het CDA, waar ze zich bezighield met gezondheidszorg.

'CORRECT DOCUMENTEREN VERHOOGT UW KWALITEIT'

INJECTABLES PASPOORT

Het paspoort van de NVCG heeft als doel om de ***toegepaste behandelwijze(n) en product(en) bij cliënten*** zorgvuldig te documenteren. Zodoende kan een behandelend arts de behandelhistorie inzien en desgewenst de behandelmethode of te gebruiken product aanpassen voor een nog beter resultaat. Zeker als er sprake is van een nieuwe behandeling of nieuwe behandelend arts kan de informatie op het paspoort helpen de juiste behandeling te geven en mogelijke problemen te voorkomen.

Vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg is met nadruk verzocht gebruik te maken van een paspoort voor de cliënt.

Het paspoort kan besteld worden bij het secretariaat: **contact@nvcg.nl** onder vermelding van:
naam, aflever-/factuuradres en het aantal (per 50 ex.)

€ 1,-* voor leden NVCG
€ 1,50* voor niet-leden
*exclusief verzendkosten

NVCG AGENDA

Januari 2015

Stylage, Basis	12 januari	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events
PDO Threads	17 januari	IJsselstein	office@cromapharma.nl
Stylage, Volume	26 januari	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events
ZO Medical Masterclass	26 januari	Veghel	www.jc-imp.nl
PRP	27 januari	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events
IMCAS Paris	29 jani-1 feb	Parijs	www.Imcas.com

Februari 2014

ZO Skin Health Basistraining dag 1	2 februari	Veghel	www.jc-imp.nl
PDO Threads	7 februari	IJsselstein	office@chromapharma.nl
Vlounge prof. Marini	9 februari	Houten	www.uskin.nl
ZO Medical Basistraining	9 februari	Veghel	www.jc-imp.nl
ZO Skin Health Basistraining dag 2	16 februari	Veghel	www.jc-imp.nl

Maart 2015

ZO Skin Health Basistraining dag 1	2 maart	Veghel	www.jc-imp.nl
Stylage, Lips	3 maart	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events
PDO Threads	7 maart	IJsselstein	office@chromapharma.nl
ZO Medical Basistraining	9 maart	Veghel	www.jc-imp.nl
ALV NVCG	10 maart	Utrecht	contact@nvcg.nl
ZO Skin Health Basistraining dag 2	16 maart	Veghel	www.jc-imp.nl
Stylage, Traangootjes en wallen	23 maart	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events
AMCW	26, 27, 28 mrt	Monaco	www.euromedicom.com

April 2015

Stylage, Basis	14 april	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events
Vlounge Venus Viva	21 april	locatie n.t.b.	www.uskin.nl

Mei 2015

Stylage, Volume	18 mei	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events

Juni 2015

Stylage, Basis	10 juni	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events
PRP	16 juni	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events
Stylage, Lips	23 juni	Ankeveen	www.bo-medical.com/nl/events

Overige data 2015

ALV NVCG	9 juni, 8 sept.	Utrecht	contact@nvcg.nl
ALV NVCG en mini-congres NVCG	1 december	Utrecht	contact@nvcg.nl

De agenda is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld. Ondanks altijd gebruik te hebben gemaakt van betrouwbare bronnen kan de redactie niet aansprakelijk worden gesteld voor de juistheid, volledigheid en actualiteit van de informatie.

DE NVCG HEEFT ONLANGS DE VOLGENDE NIEUWE LEDEN MOGEN VERWELKOMEN

Drs. L.S. Boeken | arts, woonplaats Kortenhoef

Drs. S.S. Rambaran | arts, woonplaats Hendrik Ido Ambacht, werkzaam bij DermaClinic

Drs. M. Kicken | MKA chirurg, woonplaats Arnhem, werkzaam bij Rijnstate ziekenhuis Arnhem

Drs. J. Schortinghuis | MKA chirurg, woonplaats Emmen, werkzaam bij Scheperziekenhuis Emmen

Drs. M.A.F. Sediqi | arts, woonplaats Almere

Drs. S.M.J. Smeets | Oogarts, woonplaats Venlo, werkzaam bij VieCuri te Venlo

Bestuurswisseling

In een efficiënte en dus korte ALV namen op 2 december jl. voorzitter Peter Termohlen en secretaris Paul Wijffels na respectievelijk 3 en bijna 6 jaar afscheid van het NVCG-bestuur.

Het nieuwe bestuur dat unaniem werd verkozen, bestaat uit:
Catharina Meijer *voorzitter*
Jani van Loghem *vice-voorzitter*
Pascal Meijer *secretaris*
Sindy Plinsinga *penningeester*

Zoals dat gaat onder vrienden, kamaraden zelfs, nam Paul afscheid van Peter en Peter van Paul, waarbij beiden hun flux de bouche in volle rijkdom wisten aan te spreken in tal van persoonlijke anecdotes. Natuurlijk werd het nieuwe bestuur veel wijsheid gewenst met de belangrijke taak die zij namens alle NVCG-leden op zich hebben genomen op dit voor de vereniging en leden zo belangrijke moment. Peter en Paul werden door de aangetreden voorzitter Catharina Meijer dank gezegd voor al hun inspanningen en daarvoor ook passend beloond.

Door *Pieter Starrenburg, voorzitter van de NVCG-Commissie Kwaliteit*

Dit is het derde artikel over een kwaliteitssysteem / ons kwaliteitshandboek

Kwaliteit ontstaat door de inbreng van je eigen goede handelen én je eigen gemaakte fouten

In de eerste publicatie werd uiteengezet waarom de Commissie Kwaliteit op verzoek van het bestuur een Kwaliteitshandboek gaat opstellen. Uitgangspunt daarbij vormt het kwaliteitskader dat de KNMG hanteert om zo optimaal te kunnen aansluiten bij wat ons ministerie van een beroepsvereniging verwacht om een erkenning te kunnen krijgen. Leden worden nog nadrukkelijker dan voorheen uitgenodigd te reageren en mee te denken. Reacties kunt u sturen aan de voorzitter van de NVCG-commissie kwaliteit Pieter Starrenburg info@rimpelconsult.nl

NOG EVEN IN HET KORT

Zodat het **belang van jullie inbreng** duidelijk wordt nog even ter herinnering de uitgangspunten in het kort:

Doel is om middels een goed kwaliteitssysteem te komen tot een situatie waarin de leden van de NVCG weten wat ze moeten doen en wat ze niet moeten doen om de kwaliteit van hun producten en handelen te waarborgen.
Tevens is het een 'ondersteuningshandboek' voor leden als ze zelf een kwaliteitshandboek gaan maken voor hun eigen praktijk of kliniek als voorbereiding op de certificering. Dit helpt ook bij de visitatie die hierbij hoort. Het kwaliteitshandboek zal als uitgangspunt genomen kunnen worden voor de toetsingsprocedure.

Nogmaals: we gaan niet opnieuw het wiel uitvinden maar conformeren ons aan het nieuwste kwaliteitskader van 2012 zoals opgesteld door de KNMG en zoals dat wordt gevolgd door het gros van de andere specialistische beroepsgroepen.

In de vorige artikelen hebben met enkele one-liners jullie aandacht gevraagd voor wat kwaliteit is:

- Net iets meer dan verwacht voldoen aan de steeds toenemende uitgesproken en vanzelfsprekende verwachtingen van de interne en de externe klant
- Een georganiseerde zorgvuldigheid van samenwerken
- Kwaliteit maak je niet alleen, maar wel zelf.
- Kwaliteit is een race zonder finish

Al deze slogans benadrukken ook dat de leden van de NVCG zelf in actie moeten komen om tot een toetsbare vorm van kwaliteit te komen.
Dit is zowel voor de vereniging van belang om de profielerkenning te krijgen als voor de directe afgeleide daarvan: het kwaliteitssysteem van je eigen praktijk of kliniek.
Zoals we in het tweede artikel aangaven, delen we het kwaliteitshandboek in een beschrijving van de organisatie van de vereniging:

1. **Doelstellingen / Beleid**
2. **Organisatievorm**
3. **Statuten en huishoudelijk reglement**
4. **Overlegstructuren**
   - 4.1 Dagelijks bestuur
   - 4.2 Bestuur
   - 4.3 Secretariaat
   - 4.4 Ledenvergadering
   - 4.5 Algemene Ledenvergadering
5. **Kalender (vergaderschema's, opleidingen etc.)**
6. **Leden (tezamen = artsen)**
   - 6.1 Gewone leden
     - *a Gecertificeerde leden*
     - *b Niet-gecertificeerde leden*
   - 6.2 Buitengewone leden
   - 6.3 Ereleden

Minstens zo belangrijk zijn de beheersstructuren waaraan een vereniging aantoonbaar aan moet voldoen:

7. **Bevoegdheden en werkzaamheden artsen**
8. **Financiële verantwoordelijkheden**
   - 8.1 Sponsoring

9 Deskundigheidsbevordering artsen
- **9.1 Onderwijs**
  - a Workshops
    - *Intern*
    - *Extern*
  - b Toetsen
  - c Procedure (her)visitatie
- **9.2 Intercollegiale toetsing / Intervisie**
- **9.3 Persoonlijk ontwikkelingsplan (evt?)**

Deze beheersstructuren gaan naadloos over in de beschrijving van de procedures (zie vorige artikel: de beschrijving van "wat doen we?") en de daarmee onlosmakelijk verbonden protocollen ("hoe doen we het?").

10 Toetsing individuele artsen (visitatie)
- **10.1 Eigen kwaliteitssysteem praktijk of kliniek**
  - **a** Organisatiebeschrijving
  - b Model medisch dossier
    1. *Anamnese*
    2. *Persoonsgegevens*
    3. *Foto's*
    4. *Informed consent*
    5. *Vastlegging behandeling*
    6. *Bewaren*
  - **c** Gebruikte Formulieren
    1. *Anamnese*
    2. *Behandelplan*
    3. *Informed Consent*
    4. *Patiëntenboekje*
    5. *etc.*
  - **d** Klachtenregeling
  - **e** etc.
- **10.2 Protocol visitatie**

11 Melding en registratie complicaties
- **11.1 Routing complicatieregistratie**
- **11.2 Afnemen van biopten**
- **11.3 Afhandeling van de gevolgen van de complicatie**

12 Voorlichting patiënten en publiek
- **12.1 Public relations**
- **12.2 Website**

13 Klachtenregistratie
- **13.1 Behandeling klacht**
- **13.2 Routing klacht**
- **13.3 Afhandeling klacht**

Een stukje van het kwaliteitssysteem dat we als een van de laatste kunnen toevoegen zijn de procedurele beheersstructuren:

14 Beheersing kwaliteitssysteem (ontwikkeling kwaliteitsindicatoren)
- **14.1 Betekenis kwaliteitshandboek**
- **14.2 Corrigerende maatregelen**
- **14.3 Evaluatie procedures**
- **14.4 Documentbeheer**
- **14.5 Interne audits**
- **14.6 Externe audits**
- **14.7 Kwaliteitsregistraties en archiefbeheer**

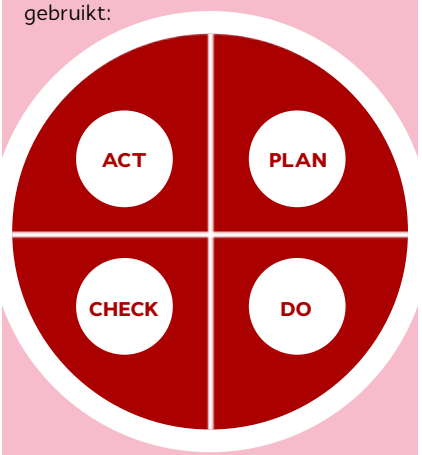
Waar we hopen de meeste reacties op te krijgen, is op de praktische

15 Richtlijnen en protocollen
- **5.1 Protocol injectables**
  - **a** *Hyaluronzuren*
  - **b** *Radiesse*
  - **c** *PRP*
  - **d** *Botulinum toxines (hiervoor is al een groep mensen onder aanvoering van Jani van Loghem bezig)*
  - **e** *Lipolyse*
  - **f** *Sculptra*
  - *g ...*
  - *h ...*
  - *i ...*
- **15.2 Protocol hoogenergetische behandelingen (laser, IPL etc)**
- **15.3 Protocol huidverbeterende behandelingen (Obagi)**
- **15.4 Overige protocollen**

Mogelijk is er nog iets aan onze aandacht ontsnapt. Is dat zo, aarzel dan niet om ook dat terug te koppelen en vanzelfsprekend herhalen we de oproep uit de twee vorige artikelen om je aan te melden voor een van de beschreven hoofdstukken: **zonder jullie inbreng kan de NVCG geen kwaliteitssysteem opzetten en zonder kwaliteitssysteem is een profielaanvraag vrijwel kansloos.**

Jullie inbreng of aanmelding graag naar info@rimpelconsult.nl

Zonder op een voor onze NVCG specifieke invulling in te gaan, is het mogelijk dé manier om 'invulling te geven aan een kwaliteitssysteem' te verduidelijken. W. Edwards Deming heeft daarvoor de volgende cirkel gebruikt:



De Deming-cirkel laat zien, dat er in een bedrijf of vereniging vier soorten activiteiten nodig zijn:

Plan: Bedenk van tevoren welke producten of diensten geleverd zullen gaan worden, en op welke wijze deze moeten worden gemaakt. Deze activiteit is dus een belangrijk deel van dat wat hierboven is beschreven bij het organiseren.

Do: Voer uit wat er in Plan bedacht is (zorgvuldig samenwerken).

Check: Verifieer geregeld of dat wat er in Plan bedacht is ook daadwerkelijk in Do heeft plaatsgevonden. Als dat niet het geval is, onderzoek dan waar dat door komt (bijvoorbeeld: te ambitieuze doelstellingen, verkeerde producten of werkwijzen, meer klanten en op andere tijden dan verwacht, veranderde klantenwensen). Tezamen met de volgende activiteit is deze activiteit het gedeelte van het organiseren dat niet in Plan zit (het flexibel zijn).

Act: Doe iets met de constateringen uit Check (bijvoorbeeld in een ledenvergadering of bestuursvergadering naar aanleiding van een audit); het is immers niet zinvol om alleen maar te constateren dat iets niet is gegaan zoals gedacht, zonder daarbij na te gaan of dat in de toekomst vermeden kan worden. Dat betekent dat er wijzigingen in Plan (ofwel in het organiseren) aangebracht moeten worden.

Door *drs. Hayri Hortoglu, Cosmetisch arts*

MAEXS

MERZ AESTHETICS EXPERT SUMMIT
2014

2D-kijken vs 3D-beoordelen
beautiPHIcation *'Beauty is in your mind'*
Hyaluronidase bij embolische processen
500 eenheden per sessie!
De temporale regio

Op 15 en 16 November 2014 vond het congres Merz Aesthetics Expert Summit plaats. Dit jaarlijkse mondiale congres is het grootste door een cosmetische farmaceut georganiseerd congres met 650 deelnemers uit 59 landen. Dit jaar werd MAEXS gehouden in het Hilton Hotel te Istanbul, Turkije. Gezien het scientific programma, de sprekers waaronder onze collega Drs. Jani van Loghem en natuurlijk ook het land – mijn geboorteland – was ik blij met de uitnodiging van Merz Benelux om met de Nederlandese delegatie mee te mogen. Merz Aesthetics is bekend van de zuivere botulinetoxine Xeomin en de cosmetische variant Bocouture, de hyaluronzuurlijn Belotero en Glytone en natuurlijk van de biostimulatoire filler Radiesse.

Na de opening van het congres door de CEO van Merz Philip Buchard hield Elizabeth Esthes een presentatie over de manier waarop mensen naar zichzelf kijken. Hierin kwam het verschil in 2D-kijken naar jezelf vs 3D-beoordeeld worden door anderen naar voren. De tweede begaafde spreker was Linda Papadopoulos. Zij borduurde voort op het thema van de eerste spreker onder de titel "Beauty is in your mind". Papadopoulos accentueerde de Beauty-concepten door de geschiedenis heen en in de verschillende culturen. De derde spreker, de plastisch chirurg Arthur Swift, kwam met zijn ondertussen bekende concept van meetbare en objectiveerbare verhoudingen in het menselijk lichaam, beautiPHIcation. In dit concept betoogt Swift op een fascinerende manier over het belang van het getal PHI in ons onderbewustzijn, over wat we met zijn allen, onafhankelijk van tijd en cultuur, mooi vinden en wat dit betekent voor onze esthetische behandelingen.

DE TWEEDE RONDE

Na de goed verzorgde koffie werden de rheologische eigenschappen van de hyaluronzuurfiller Belotero onder de loep genomen, waarna Dr. Swift in een live demonstratie zijn fillerkunsten op de vaak vergeten upper 1/3 regio van het gezicht demonstreerde. Altijd leerzaam om een ander aan het werk te zien. De ochtend werd afgesloten door de botulineconcensusbespreking bezien vanuit Rusland, USA en Azie. Opvallend bij deze presentatie was de gemiddeld lagere cosmetische doseringen met botulinetoxine in het gelaat van de Aziaten. Daarentegen verhaalde Prof. Kyle Seo (Zuid Korea) over de behandeling van de mm. Gastronemius en de mm. Trapezius met massieve hoeveelheden BoNTa tot wel 500 eenheden per sessie! Dit alles met het oog op body contouring door spieratrofie te induceren. Voor mij persoonlijk hield hier de cosmetiek op.

TEMPORALE REGIO

De uitdaging aan een paralel programma op congressen is dat je soms moet kiezen tussen twee verschillende sessies.

Zo had ik graag geluisterd naar Prof. Cassuto en Dr. Lindau over hun 'Secrets of the periorbital Injections', maar natuurlijk koos ik voor de workshop verzorgd door onze eigen Jani van Loghem over de behandeling van de temporale regio. Jani vertelde systematisch en rustig over de behandelmethoden en de gevaren van deze behandeling. Nadien werd er een mooie demonstratie gegeven. Na deze demo werd door de Turkse collega Reha Yavuzer een paar handen met Radiesse behandeld.

DE DERDE RONDE

Na de tweede koffiepauze kwam nog een interessant onderwerp aan bod, namelijk over behandelverschillen van vrouwen versus mannen, de z.g. 'gender specific techniques'. Afsluitend op de eerste dag was er de 'battle Forehead Beauty: when to fill, when to relax' door Cassuto, Swift, Landau en Huang. Uiteindelijk was er geen echte 'battle', maar bleek er toch meer een consensus te zijn.

NAPRATEN OP DAG ÉÉN

Bij een congres hoort een diner om na te kunnen praten. In de vroege avond werden we daarom in bussen naar het oude centrum van Istanbul gebracht. Aldaar werd in de Basilica Cisterne, een eeuwenoude ondergrondse wateropslag met een feërieke atmosfeer, een galadiner verzorgd.
Door de drukte was ik mijn Nederlandse groep kwijt en sloot mij aan bij een groep Turkse collega's. Het eten was excellent, en er werd veel getoast. Enfin, ik zal u de details besparen en volstaan met de opmerking dat ik er een paar vrienden bij heb.

EEN KORTE ZONDAG

Op zondag was er een korter programma beginnend met 'How to react on Adverse events' door Dr. Claudio DeLorenzi. Het belangrijkste leerzame punt voor mij was het gebruik van hyaluronidase bij embolische processen o.b.v. hyaluronzuurinjecties.

Tot voor dit congres dacht ik dat in het geval van een embolie men intravasaal hyaluronidase moet inspuiten. DeLorenzi toonde wetenschappelijke artikelen die aantonen dat hyaluronidase door de vaatwand migreert en dat een hoge dosis rond de injectieplaats (1000 EH!) aan te bevelen is; een eye opener.

DEMONSTRATIES

In de workshoproom werd de uitbreiding van de Merz portfolio met de Ulthera, een energy based device op basis van ultrasound met een liftend effect op wenkbrauwen, kaaklijn en hals gepresenteerd. Als laatste volgde een live demo van Radiesse behandelingen in het gelaat en hals door verschillende hotshots gedemonstreerd waarna de 'closing remarks' volgden.

Al met al een leerzaam en onderhoudend programma, uiteraard in de bijzondere ambiance van Istanbul.

Met dank aan Merz Pharma Benelux voor de uitnodiging.

DCN BNLNL 0966 NOV14

Dankzij de uitstekende kneedbaarheid en krachtige volume-verhogende capaciteit, kunt u met Belotero® Volume het product modelleren en vormgeven om de verwachtingen van uw patiënten helemaal waar te maken. Belotero® Volume is ook beschikbaar met lidocaïne voor een beter comfort van de patiënt.

Neem contact met ons op voor meer informatie via **benelux@merz.com**

BELOTERO® VOLUME

Door Jan Aghina

'Cadavers are my favorite patients'

NVMKA(WEAC) scholingsdag

DE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MOND-ZIEKTEN, KAAK- EN AANGEZICHTSCHIRURGIE KENT EEN WERKGROEP ESTHETISCHE AANGE-ZICHTSCHIRURGIE. DEZE WEAC ORGANISEERDE OP 29 NOVEMBER JL. IN ZWOLLE HUN EERSTE SCHOLINGSDAG MET ALS TITEL 'FACIAL PLAS-TIC SURGERY, THE BASICS'. EEN WAARDEVOL INITIATIEF OM KENNIS VAN DIT SPECIFIEKE AANDACHTSGEBIED VLOT OP EEN HOGER PLAN TE TILLEN.

Jonathan Sykes was uitgenodigd om de dag van inhoud te voorzien. Hij is een facial plastic surgeon en hoogleraar aan het UC Davis Medical Center in Sacramento, Californië, een zeer ervaren docent en hij publiceert veel wetenschappelijk werk. Vanaf 1983 voert hij een medisch esthetische praktijk. De innovatieve oplossingen die hij introduceert, zijn veelal gebaseerd op intensief cadaveronderzoek. Niet voor niets noemt hij cadavers zijn favoriete patiënten. Sykes streeft ernaar om bij iedere behandeling een evenwichtig resultaat te bereiken; een verbetering zonder dat duidelijk is dat er is geopereerd. Behandelingen kunnen en dienen dan ook te verschillen naar leeftijd, gezichtvorm, gender etc. Altijd geldt voor hem dat de vorm de belangrijkste parameter is. Belangrijker dan hoogte of maat.

IDENTITEIT VAK

Los van zijn inhoudelijk hoogstaande colleges over het ooglid, voorhoofd, wenkbrauw en de neus, begon hij de scholingsdag met een overpeinzing over de positie van de MKA-arts ten opzichte van de plastisch chirurg of de KNO-arts. Een overpeinzing die zeker ook voor de positie van de cosmetische arts van belang is. Belangrijk is volgens Sykes om de identiteit van het vak helder te krijgen door middel van opleiding en research. Hiermee ontwikkelt het vakgebied zowel de skills als een eenduidigheid van het vakgebied. Echter, acceptatie door andere beroepsgroepen krijg je eerst als je excellente resultaten behaalt in de patiëntenzorg en veilig werkt, waardoor ook het vertrouwen in de skills toeneemt. ***Acceptatie geschiedt niet zonder dat partijen elkaar kennen.*** Zorg er dus voor dat de belendende beroepsgroepen uitgenodigd worden bij al je activiteiten. Zeker indien zij vijandig staan ten opzichte van jou. ***"Keep your friends close and your enemies closer",*** beveelt Jonathan Sykes ons aan.

Ontdek de kracht en de kunst van het combineren

U kent Goodlife Dermatology van bijvoorbeeld Easy TCA peelings, Aliaxin en de RRS lijn waaronder XL Hair. Ons brede assortiment biedt u vele combinatiemogelijkheden om een totaal behandelplan voor een indicatie op te stellen. Indicaties kunnen bijvoorbeeld 'vermoeide ogen', 'huidverbetering' en 'volumeverlies' zijn. Om uw cliënt een behandelplan inclusief totaalprijs direct mee te kunnen geven hebben wij een handige tool ontwikkeld welke u kunt aanvragen.

Ga nu naar *www.goodlifepharma.com/combineren* of stuur een e-mail naar *derma@goodlifepharma.com* met de tekst '***Ja, ik ontvang graag de tool om een behandelplan voor te kunnen stellen!***'

GOODLIFE

Goodlife Dermatology B.V. | tel. 085 201 29 15
derma@goodlifepharma.com | www.goodlifepharma.com