

Cg magazine

#41 | SEPTEMBER 2026



Wanneer zeg je nee?

De psyche in
cosmetische zorg



Hoe herken je
**Body Dysmorphic
Disorder?**

BDD:
**Ethische en praktische
overwegingen**

+ NVCG®

PURE.* PROVEN. PERFORMANCE.

BOCOUTURE® - De eerste en enige neurotoxine die dubbel gezuiverd is met de unieke XTRACT® technologie. Vrij van complexerende eiwitten, wat de kans op resistentie minimaliseert.

KIES VOOR CONSISTENTE PRESTATIES. BEHANDELING NA BEHANDELING.



96% patiënttevredenheid
>20 miljoen behandelingen wereldwijd
15+ jaar klinisch gebruik in de praktijk

Neem contact op met uw Sales Area Manager voor **meer informatie over BOCOUTURE®**.

*Pure/purity refers to free from complexing proteins.

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Bocouture 50 en 100 eenheden poeder voor oplossing voor injectie. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** Eén injectieflacon bevat 50 of 100 eenheden botulinetoxine type A (150 kDa), vrij van complexerende proteïnen*. * Botulinum toxine type A, gezuiverd uit Clostridium Botulinum (Hall strain). Bevat humaan albumine en sucrose. **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** Bocouture is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen jonger dan 65 jaar voor de tijdelijke verbetering van het uiterlijk van lijnen in het bovenste gedeelte van het gezicht, als de ernst van deze lijnen een belangrijke psychologische belasting heeft voor de patiënt, bij matige tot ernstige verticale lijnen tussen de wenkbrauwen, die bij maximaal fronsen zichtbaar zijn (glabella fronslijnen), en/of matige tot ernstige laterale periorbitale lijnen die bij een volledige glimlach zichtbaar zijn (kraaienvoetjes), en/of matige tot ernstige horizontale voorhoofdslijnen die bij maximale contractie zichtbaar zijn. **CONTRA-INDICATIES:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen. Algemene stoornissen van de spieractiviteit (bijv. myasthenia gravis, het syndroom van Eaton-Lambert). Een infectie of ontsteking op de voorgeslede injectieplaats. **BIJZONDERE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK:** Algemeen: Vooraf aan de toediening van Bocouture moet de arts op de hoogte zijn van de anamnese van de patiënt en alle veranderingen in de anamnese als gevolg van vroegere chirurgische procedures. Voorzichtigheid is geboden om zeker te zijn dat Bocouture niet ingespoten wordt in een bloedvat. Er moet rekening worden gehouden met het feit dat horizontale voorhoofdslijnen niet alleen dynamisch kunnen zijn, maar ook het gevolg kunnen zijn van het verlies van elasticiteit van de huid (bijv. verband houdend met veroudering of fotobeschadiging). In dit geval kan het zijn dat patiënten niet reageren op botulinetoxine-producten. Bocouture moet met voorzichtigheid worden gebruikt als er bij de patiënt sprake is van een bloedingsstoornis van enig type; bij patiënten die een antistollingstherapie ontvangen of andere substanties die een antistollende werking hebben. **Plaatselijke en verder gelegen verspreiding van het toxine effect:** Door verkeerd geplaatste injecties van botulinetoxine type A kunnen zich bijwerkingen voordoen die dichtbijgelegen spiergroepen tijdelijk verlammen. Er zijn bijwerkingen gemeld die verband zouden kunnen houden met de verspreiding van botulinetoxine type A naar plaatsen die op enige afstand gelegen zijn van de injectieplaats (zie rubriek 4.8 van de volledige SKP). Patiënten die worden behandeld met therapeutische doses kunnen een overmatige spierzwakte ervaren. Er zijn gevallen van atrofie van de spieren gemeld na injectie van botulinetoxine producten. Patiënten of verzorgers moeten aangeraden worden om onmiddellijk medische hulp te zoeken als zij tekenen of symptomen ervaren die consistent zijn met de verspreiding van het effect van botulinetoxine of als er zich slik-, spraak- of ademhalingsstoornissen voordoen (zie rubriek 4.9 van de volledige SKP). **Reeds bestaande neuromusculaire stoornissen:** Het injecteren van Bocouture wordt niet aangeraden bij patiënten met een voorgeschiedenis met aspiratie of dyslagie. Bocouture moet met voorzichtigheid gebruikt worden: bij patiënten die lijden aan amyotrofe laterale sclerose; bij patiënten met andere ziekten die leiden tot perifere neuromusculaire disfunctie; in te behandelen spieren die uitgesproken spierzwakte of atrofie vertonen. **Overgevoeligheidsreacties:** Overgevoeligheidsreacties zijn gemeld met botulinetoxine type A producten. Indien er zich ernstige (bijvoorbeeld anafylactische reacties) en/of directe overgevoeligheidsreacties voordoen, moet adequate medische therapie worden ingesteld. **Antilichamenvorming:** Een te frequente toediening kan het risico op de vorming van antilichamen verhogen, wat kan leiden tot het falen van de behandeling (zie rubriek 4.2 van de volledige SKP). Het potentieel voor antilichamenvorming kan worden geminimaliseerd door de laagst effectieve dosis te injecteren, met het langst mogelijke interval tussen de injecties. **BIJWERKINGEN:** Bijwerkingen worden gewoonlijk waargenomen binnen de eerste week na de behandeling en ze zijn tijdelijk van aard. Bijwerkingen kunnen verband houden met de werkzame stof, de injectiemethode of beide. **Bijwerkingen onafhankelijk van de indicatie:** Toedieningsgerelateerde bijwerkingen: Gelokaliseerde pijn, ontsteking, pruritus, hives, hyposthesie, pijngevoeligheid, zwelling, oedeem, erytheem, jeuk, gelokaliseerde infectie, hematoom, bloedingen en/of blauwe plekken kunnen verband houden met de injectie. Pijn door en/of angst voor naalden kunnen resulteren in vasovagale reacties, waaronder tijdelijke symptomatic hypotensie, misselijkheid, tintits en syncope. Bijwerkingen van de geneesmiddelenklasse

botulinetoxine type A: Gelokaliseerde spierzwakte is een verwacht farmacologisch effect van botulinetoxine type A. Blinksloosheid, wat veroorzaakt kan zijn door de injectietechniek, wordt geassocieerd met het farmacologisch effect van Bocouture. **Verspreiding van toxine:** Wanneer andere indicaties met botulinetoxinen worden behandeld, werden zeer zelden bijwerkingen gemeld die op enige afstand gelegen waren van de injectieplaats, die symptomen veroorzaken die consistent zijn met botulinetoxine type A effecten (overmatige spierzwakte, dyslagie en aspiratiepneumonie met in sommige gevallen een dodelijke afloop) (zie rubriek 4.4 van de volledige SKP). Bijwerkingen zoals deze kunnen niet volledig uitgesloten worden bij het gebruik van Bocouture. **Overgevoeligheidsreacties:** Ernstige en/of directe overgevoeligheidsreacties, waaronder anafylaxie, serumziekte, urticaria, oedeem van de weke delen en dyspneu zijn zelden gerapporteerd. Sommige van deze reacties zijn gerapporteerd na het gebruik van het conventionele botulinetoxine type A complex, alleen of in combinatie met andere stoffen waarvan bekend is dat ze soortgelijke reacties veroorzaken. **Bijwerkingen uit klinische ervaring:** De volgende bijwerkingen zijn gemeld met Bocouture. De frequentiecategorieën worden als volgt gedefinieerd: zeer vaak (≥ 1/10); vaak (≥ 1/100 tot < 1/10); soms (≥ 1/1.000 tot < 1/100); zelden (≥ 1/10.000 tot < 1/1.000); zeer zelden (< 1/10.000). **Verticale lijnen tussen de wenkbrauwen die bij maximaal fronsen zichtbaar zijn (glabella fronslijnen):** Infecties en parasitaire aandoeningen: Soms: bronchitis, nasofaryngitis, griepachtige symptomen. Psychische stoornissen: Soms: slapeloosheid. Zenuwstelselaandoeningen: Vaak: hoofdpijn. **Oogaandoeningen:** Soms: oedeem van het ooglid, ptosis van het ooglid, wazig zicht. **Huid- en onderhuidsaandoeningen:** Soms: pruritus, huidknabbel, ptosis van de wenkbrauw. **Skeletspierstelsel- en bindweefstelselaandoeningen:** Vaak: Mephisto-effect (lateraal optrekken van de wenkbrauwen). Soms: spiertrillingen, spierspasme, asymmetrie van het gezicht (asymmetrie van de wenkbrauwen). **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Soms: hematoom op de injectieplaats, pijn op de injectieplaats, (lokale) pijngevoeligheid, vermoeidheid, ongemak (gevoel van zwaarte van het ooglid/de wenkbrauw). **Bloedvataandoeningen:** Soms: hematoom. **Laterale periorbitale lijnen die bij een volledige glimlach zichtbaar zijn (kraaienvoetjes):** Oogaandoeningen: Vaak: oedeem van het ooglid, droge ogen. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Vaak: hematoom op de injectieplaats. **Lijnen in het bovenste gedeelte van het gezicht:** Zenuwstelselaandoeningen: Vaak: hoofdpijn. Soms: hyposthesie. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Vaak: hematoom op de injectieplaats; Soms: ongemak (gevoel van zwaarte van het frontale gebied). **Oogaandoeningen:** Soms: zwelling van het ooglid, ptosis van het ooglid, droge ogen. **Huid- en onderhuidsaandoeningen:** Soms: ptosis van de wenkbrauw. **Skeletspierstelsel- en bindweefstelselaandoeningen:** Soms: asymmetrie van het gezicht, Mephisto-effect (lateraal optrekken van de wenkbrauwen). **Maagdarmsstelselaandoeningen:** Soms: misselijkheid. **Ervaring na het in de handel brengen:** De volgende bijwerkingen zijn gemeld met frequentie niet bekend voor het gebruik van Bocouture sinds marktintroductie, onafhankelijk van de indicatie: **Immuunsysteemaandoeningen:** overgevoeligheidsreacties zoals zwelling, oedeem (ook op enige afstand gelegen dan de injectieplaats), erytheem, pruritus, huiduitslag (lokaal en algemeen) en kortademigheid. **Skeletspierstelsel- en bindweefstelselaandoeningen:** spieratrofie. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** griepachtige ziekte. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen:** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Benadrukbeoordelingen in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlandse Bijwerkingen Centrum Lareb. Website: www.lareb.nl. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Merz Pharmaceuticals GmbH, Eckenheimer Landstraße 100, 60318 Frankfurt am Main, Duitsland. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** RVG 107018 en RVG 117448. Uitsluitend Recept. Vergoedingsstatus: BOCOUTURE wordt niet vergoed. Voor prijzen wordt verwezen naar de G-Standaard. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:** laatste gedeeltelijke wijziging betreft de rubrieken 4.4, 4.9: 18 december 2023



Tekst: dr. Catharina Meijer voorzitter NVCG

Wanneer mooi niet mooi genoeg is



Dat kan gevoelens van ontevredenheid over het eigen uiterlijk versterken. Daar ligt ook een link met ons vakgebied, de cosmetische geneeskunde, en met het thema van dit nummer: body dysmorphic disorder.

Voor de meeste patiënten blijft cosmetische zorg een bewuste en positieve keuze. Maar bij mensen met BDD kan een behandeling onderdeel worden van een dwangmatige cyclus. Onvrede over het uiterlijk veroorzaakt spanning, een behandeling geeft kortdurend opluchting, waarna de aandacht zich opnieuw op hetzelfde of een ander vermeend defect richt. Van buitenaf lijkt dat soms op een verslaving, maar de onderliggende problematiek is complexer.

Sociale media kunnen deze kwetsbaarheid versterken. Gefilterde beelden, zichtbare likes en een eindeloze stroom 'perfecte' gezichten maken vergelijken bijna onvermijdelijk. Dat raakt niet alleen patiënten, maar ook ons als artsen, klinieken en leveranciers. Ook onze eigen beelden zijn zelden neutraal.

De volwassenheid van ons vak blijkt daarom niet uit hoeveel we kunnen behandelen, maar uit hoe zorgvuldig we beoordelen. Soms is een behandeling passend. Soms is een goed gesprek, screening of verwijzing waardevoller. En soms is 'nee' het beste medische advies dat we kunnen geven.

Meta schikte deze week voor een bedrag dat kan oplopen tot 18 miljard dollar. De aanleiding: de beschuldiging dat Facebook en Instagram bewust verslavend zijn gemaakt voor jongeren. De kern van die beschuldiging is dat sociale media jongeren voortdurend aanzetten tot kijken, vergelijken en opnieuw kijken.



[HA] + [CaHA]

Activeert de aanmaak van nieuwe collageenvezels ^{1,2}

► VERSTEVIGT LANGDURIG ^{1,2}

[HA]

Verhoogt de expressie van aquaporine 3 (AQP-3) ³

► DIEPE HYDRATATIE ⁴

STIMULEER DIEPGAAND DE MECHANISMEN DIE INWERKEN OP DE DE HUIDKWALITEIT ^{1,4}

EFFECTIEF VANAF DE EERSTE BEHANDELING ^{* 1,4}

HA: hyaluronzuur ^{5,6}. CaHA: calciumhydroxyapatiet ⁵. * 23,7% van de patiënten kreeg een touch-up met SKINVIVE™ by Juvéderm®, en alleen in de wangen. HAmonyCa™ lidocaine wordt aangeduid als HAmonyCa™.

SKINVIVE™ by Juvéderm® is een steriele pyrogeenvrije fysiologische oplossing van vernet hyaluronzuur. Injecteerbaar implantaat dat gebruikt wordt voor de behandeling van, door opvulling, oppervlakkige cutane depressies zoals fijne lijnen en voor het verbeteren van de huid, zoals hydratatie en elasticiteit. Dit medisch hulpmiddel van klasse III is een gereguleerd gezondheidsproduct dat volgens deze verordening de CE 0344-markering draagt. **Lees de instructies in de gebruiksaanwijzing zorgvuldig door.** **HAmonyCa™** is een injecteerbaar huidimplantaat dat bestaat uit synthetisch calciumhydroxyapatiet (55,7%) en verknoopte natriumhyaluronaatgel (20 mg/ml). Dermale vuller bedoeld om weke delen van het gezicht meer volume te geven. Het product moet worden geïnjecteerd in de dermale en subdermale lagen. Dit medisch hulpmiddel van klasse III is een gereguleerd gezondheidsproduct dat volgens deze verordening de CE2409-markering draagt. **Lees de instructies in de gebruiksaanwijzing zorgvuldig door.** ⁶ Bijwerkingen dienen te worden gemeld bij uw lokale autoriteiten en Allergan Aesthetics kantoor via: productsurveillance_EAME@abbvie.com. De afbeeldingen zijn uitsluitend bedoeld voor illustratieve doeleinden. De modellen hebben geen behandeling ondergaan.

Referenties: 1. Urdiales-Gálvez F et al. Facial rejuvenation with the new hybrid filler HAmonyCa™: Clinical and aesthetic outcomes assessed by 2D and 3D photographs, ultrasound, and elastography. J Cosmet Dermatol. 2023 Aug;22(8):2186-2197. 2. Bravo BSF et al. Dermal Thickness Increase and Aesthetic Improvement with Hybrid Product Combining Hyaluronic Acid and Calcium Hydroxyapatite: A Clinical and Sonographic Analysis. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2023 Jun 15;11(6):e5055. 3. Safa M, et al. A Prospective, Open-Label Study to Evaluate the Impact of VYC-12L Injection on Skin Quality Attributes in Healthy Volunteers. Clin Cosmet Invest Dermatol. 2022;15:411-426. 4. Niforos F, et al. VYC-12 Injectable Gel Is Safe and Effective For Improvement Of Facial Skin Topography: A Prospective Study. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology 2019;12 791-798. 5. Gebruiksaanwijzing SKINVIVE™ by Juvéderm®. Laatste versie. 6. Gebruiksaanwijzing HAmonyCa™ met lidocaine. Laatste versie.

Inhoud



Van uiterlijke verandering

naar innerlijke transformatie



Hoe herken je Body Dysmorphic Disorder?



Body Dysmorphic Disorder:

ethische en praktische overwegingen



Soul Surgery

Interview met Thanya Tha-In

EN VERDER

27 Samenwerking tussen cosmetisch artsen en gynaecologen

32 Voeding

42 RADIESSE® en huid- regeneratie

46 Good to know: Bestuur en commissies

COLOFON

Jaargang 14, nummer 41, september 2026

UITGAVE

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

REDACTIE

Pascal Meijer, hoofdredacteur
Carina Domingues, redactielid
Juliet de Vries, redactielid
Rachella Anandbahadoer, redactielid
Simone Gelderman (office manager NVCG), traffic

VORMGEVING

Ruben de Gooijer | StudioR.

DRUK EN AFWERKING

Drukkerij De Toekomst, Hilversum

CG MAGAZINE®

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 - Papaverweg 34-b100
1032 KJ Amsterdam
085 - 060 6619
contact@nvcg.nl
www.nvcg.nl

 **Nederlandse Vereniging®
Cosmetische Geneeskunde**

 **Kijk uit. Jezelf mooier maken kan lelijk uitpakken.**
Een geslaagde ingreep begint bij een geschikte arts.



Tekst: dr. Carina Domingues cosmetisch arts KNMG

Van uiterlijke verandering

naar innerlijke transformatie

Cosmetisch arts KNMG drs. Debby Bom combineert cosmetische geneeskunde met transformational coaching. In gesprek met drs. Carina Domingues vertelt zij hoe ervaringen tijdens haar opleiding en loopbaan haar nieuwsgierig maakten naar de invloed van onze innerlijke wereld op functioneren, keuzes en welzijn – en waarom zij juist in de combinatie van cosmetiek en coaching een bijzondere meerwaarde ziet.

Voor veel cosmetisch artsen begint een consult met een concrete vraag: een patiënt wil er minder vermoeid uitzien, zich zekerder voelen of simpelweg weer wat meer zichzelf herkennen in de spiegel. Maar achter zo'n behandelwens kan een bredere vraag schuilgaan. Wat verwacht iemand eigenlijk dat er verandert wanneer het uiterlijk verandert? En hoe verhoudt dat zich tot hoe iemand zich vanbinnen voelt?

Voor drs. Debby zijn juist die vragen steeds belangrijker geworden. Naast haar werk als cosmetisch arts KNMG is zij actief als transformational coach. Twee vakgebieden die zij professioneel van elkaar scheidt, maar die volgens haar tegelijkertijd interessante raakvlakken hebben.



De invloed van de omgeving

De oorsprong van die interesse ligt al vroeg in haar medische loopbaan. Tijdens haar coschappen merkte Debby hoe sterk haar functioneren kon verschillen afhankelijk van de omgeving waarin zij terecht kwam.

Op sommige afdelingen voelde zij zich gewaardeerd en kwam zij volledig tot haar recht. Op andere plekken kon een hiërarchische cultuur of bepaalde dynamiek ervoor zorgen dat zij juist dichtklapte. Daarbij speelde ook haar eigen innerlijke criticus een belangrijke rol.



Ik vond het heel interessant om te zien hoeveel invloed de juiste omgeving had op mijn functioneren, maar ook op de mate van plezier en voldoening die ik ervaarde.

Die observatie leidde uiteindelijk tot een fundamentele vraag: **hoe creëer je een leven en werkomgeving die passen bij wie je bent en hoe je wilt functioneren?**

Daarbij gaat het volgens Debby niet alleen om de buitenwereld – de werkplek, collega's of omstandigheden – maar minstens zozeer om de innerlijke wereld. Overtuigingen, onzekerheden en automatische reacties kunnen immers sterk bepalen welke keuzes iemand maakt.

Van SEH naar cosmetische geneeskunde

Debby studeerde in 2020 af als arts en werkte vervolgens ongeveer anderhalf jaar op de spoedeisende hulp. Haar functie was breed: naast de SEH vervulde zij ANIOS-diensten voor verschillende afdelingen in het ziekenhuis.

Aanvankelijk wilde zij plastisch chirurg worden. De overstap naar de plastische chirurgie bleek echter moeilijker dan verwacht. De route zou een grote investering vragen, zowel professioneel als privé.

Dat dwong haar om zichzelf een andere vraag te stellen: hoeveel wilde zij eigenlijk opofferen voor deze droom – en paste die droom nog wel bij het leven dat zij voor zichzelf wilde?

Ze koos uiteindelijk voor een andere richting en ging werken binnen de orthopedie bij Bergman Clinics. De setting van een privékliniek beviel haar goed. Tegelijkertijd ontstond steeds sterker het besef dat zij haar carrière anders wilde vormgeven.

Ook veranderingen in haar privéleven, waaronder haar zwangerschap, droegen bij aan die reflectie.



Ik ben creatief, ik ben graag met mijn handen bezig en ik vind het heerlijk om tijd met cliënten te hebben.

Hoewel zij op enig moment was aangenomen voor de huisartsopleiding, besloot ze uiteindelijk volledig voor de cosmetische geneeskunde te kiezen. In 2023 begon zij aan haar opleiding binnen de cosmetische geneeskunde bij Van Rosmalen Kliniek, waar zij onder andere in Den Haag en Rotterdam werkte. Inmiddels werkt zij op verschillende locaties en daarnaast voor zichzelf.

Waarom veranderen zo moeilijk is

Parallel aan haar medische loopbaan verdiepte Debby zich steeds verder in coaching en persoonlijke ontwikkeling.

Wat haar daarbij fascineerde, was het verschil tussen **weten dat je iets wilt veranderen** en daadwerkelijk in staat zijn om die verandering vol te houden.

“Mensen hebben vaak wel ideeën en denken na over keuzes. Maar op het moment dat je een keuze voor jezelf hebt gemaakt, begin je soms heel snel weer te onderhandelen met jezelf; misschien is het toch verstandiger om nog even te wachten, of misschien is het simpelweg niet voor mij weggelegd. Vanuit angst of onzekerheid val je dan terug in de vertrouwde situatie. Dat kan gaan over het veranderen van baan, het starten van een onderneming of het ontwikkelen van een nieuwe vaardigheid. Maar ook over meer rust nemen en beter voor jezelf zorgen. Je weet bijvoorbeeld dat je rust nodig hebt, maar die innerlijke stem zegt: handel eerst nog even die e-mails af. Er staat immers altijd wel iets op je to-do lijst. Wanneer je gewend bent om voortdurend door te gaan, kan vertragen onwettig of zelfs onveilig aanvoelen. Daardoor kies je, vaak onbewust, toch weer voor het vertrouwde patroon.”

Zo kan iemand volgens haar jarenlang blijven functioneren zonder daadwerkelijk iets wezenlijks te veranderen. Juist daarom raakte zij geïnteresseerd in de mechanismen achter duurzame gedragsverandering.

Die zoektocht bracht haar uiteindelijk bij transformational coaching en Rapid Transformational Therapy (RTT). Binnen haar coaching maakt zij daarnaast ook gebruik van inzichten uit de neurowetenschappen, meditatie, ademwerk, hypnose en somatische oefeningen.

Een belangrijk uitgangspunt daarbij is het leren reguleren van het autonome zenuwstelsel: signalen van spanning en activatie herkennen en vervolgens kunnen terugschakelen uit een verhoogde sympathische activatie. Zo ontstaat er meer ruimte voor parasympathische processen die samenhangen met rust, herstel en vertering (rest & digest).



In onze maatschappij zijn we sterk gericht op alertheid, focus en presteren. Die activatie is op zichzelf niet verkeerd; het gaat erom dat je flexibel leert schakelen en na inspanning ook weer kunt terugkeren naar rust, herstel en opladen.



Coaching is niet bedoeld als vervanging van psychologische of psychiatrische behandeling. Wanneer klachten buiten het coachingskader vallen, adviseert zij passende reguliere zorg.

De innerlijke criticus

Een ander terugkerend thema binnen haar coaching is de innerlijke criticus. Overtuigingen *als ik ben niet goed genoeg, dit is niet voor mij weggelegd, ik heb het juiste netwerk niet of ik beschik niet over het talent* kunnen volgens Debby grote invloed hebben op gedrag.

Wie diep vanbinnen overtuigd is dat een bepaald doel niet bereikbaar is, zal daar volgens haar – vaak onbewust – ook naar handelen.

Binnen coaching probeert zij daarom niet uitsluitend naar het gewenste gedrag te kijken, maar ook naar de overtuigingen en patronen die eraan ten grondslag liggen.





Als je dat weet om te buigen, kunnen de verschillen groter worden.

Wat heeft een cosmetische behandelwens te betekenen?

Precies op dit punt ziet Debby een raakvlak met de cosmetische geneeskunde.

Een patiënt kan binnenkomen met de wens om bijvoorbeeld een vermoeide uitstraling te behandelen. Als cosmetisch arts kan zij vervolgens kijken naar anatomie en huidkwaliteit. Maar Debby vindt het minstens zo interessant om te begrijpen waarom juist deze behandelwens op dit moment belangrijk is.

Waarom nu? Wat verwacht de patiënt van het resultaat? En wat hoopt iemand dat er na de behandeling anders zal voelen?

Daarbij kijkt zij ook breder naar factoren als beroep, stress, slaap, voeding en beweging.

Dat betekent nadrukkelijk niet dat achter iedere cosmetische behandelwens een psychologisch probleem moet worden gezocht. “Soms doet iemand een behandeling gewoon, omdat diegene het leuk vindt.” Maar in andere gevallen kan er volgens haar wel degelijk een diepere motivatie meespelen.

Een cosmetische behandeling kan iemand helpen zich zelfverzekerder te voelen of het uiterlijk beter te laten aansluiten bij het beeld dat diegene van zichzelf heeft. Debby spreekt in dit verband over een mogelijke identity shift: het gevoel dichterbij te komen bij een krachtigere of stralendere versie van jezelf en daar bewust naar te gaan handelen. Een cosmetische behandeling kan daar onderdeel van zijn. Daarbij benadrukt zij dat iemands identiteit uiteraard veel meer omvat dan het uiterlijk alleen.

Duidelijke scheiding tussen arts en coach

Hoewel beide vakgebieden elkaar inhoudelijk raken, vindt Debby het belangrijk dat haar rollen helder blijven.

Cosmetische geneeskunde en transformational coaching zijn binnen haar werkzaamheden afzonderlijke trajecten, met verschillende doelen en kaders.

“De twee vakgebieden passen voor mij heel goed bij elkaar, maar ik houd de rollen en doelen duidelijk van elkaar gescheiden.”

Een regulier cosmetisch consult is volgens haar bovendien niet de plaats om diepgaande coaching te bedrijven. Daarvoor is simpelweg onvoldoende tijd en ruimte.

Coaching vindt daarom plaats in afzonderlijke trajecten, die afhankelijk van de cliënt bijvoorbeeld één, drie of zes maanden kunnen duren. Sessies vinden vaak om de twee weken plaats en kunnen worden aangevuld met oefeningen en opdrachten voor thuis.

Vrouwen op een kantelpunt

De cliënten die Debby binnen haar coaching begeleidt, zijn veelal vrouwen die zich op een kantelpunt in hun leven bevinden.

Het zijn bijvoorbeeld vrouwen die jarenlang hard hebben gewerkt en veel hebben bereikt, maar zich op een gegeven moment realiseren dat hun werk minder voldoening geeft. Hun sociale wereld is kleiner geworden, hobby's zijn naar de achtergrond verdwenen en de energie neemt af.

Debby noemt het een behoefte aan een **inner en outer glow-up**.

Die glow-up gaat nadrukkelijk verder dan het uiterlijk. Het kan betekenen dat iemand andere keuzes maakt in werk, grenzen beter leert bewaken, minder gaat pleasen, opnieuw hobby's ontdekt of simpelweg weer ruimte creëert voor plezier.

Het uiteindelijke doel is niet om nóg beter te presteren, maar om een leven te creëren waarin prestaties, herstel, authenticiteit en plezier beter met elkaar in balans zijn.

Naar een bredere blik op cosmetische zorg

Voor de toekomst ziet Debby mogelijkheden om die integrale benadering nog verder uit te bouwen. Daarbij denkt zij bijvoorbeeld aan samenwerking met professionals op het gebied van vrouwengezondheid, hormonen, perimenopauze, menopauze en longevity.

Niet omdat één behandelaar al die gebieden zelf zou moeten bestrijken, maar juist vanuit een netwerkgedachte: professionals die vanuit hun eigen expertise naar dezelfde persoon kijken en waar nodig naar elkaar kunnen verwijzen.

De patiënt wordt daarmee niet uitsluitend bekeken vanuit een rimpel, huidprobleem of behandelindicatie, maar als mens binnen een veel bredere context.

Voor Debby ligt juist daarin de aantrekkingskracht van haar huidige loopbaan. De combinatie van cosmetische geneeskunde en coaching geeft haar de afwisseling waarnaar zij zelf jarenlang heeft gezocht.



Van binnenuit iemand helpen om weer die glow-up te ervaren en iemand weer te laten stralen – voor mij is dat het complete plaatje.

Voorlopig heeft zij dan ook geen behoefte om één van beide richtingen los te laten.



De combinatie van cosmetiek en aandacht voor de mens achter de behandelvraag geeft mij veel voldoening. Ik hoop daarmee bij te dragen aan cosmetische zorg die niet alleen technisch goed is, maar ook holistisch en persoonsgericht.



Drs. Debby Bom is cosmetisch arts KNMG en transformational coach. Zij combineert haar werkzaamheden binnen de cosmetische geneeskunde met afzonderlijke coachingstrajecten gericht op onder meer persoonlijke ontwikkeling, overtuigingen, gedragsverandering en zelfregulatie. **Cg**

BDD in de cosmetische praktijk

Als achter de hulpvraag meer schuilgaat

Een cosmetische hulpvraag gaat niet altijd alleen over het uiterlijk. Soms spelen verwachtingen, zelfbeeld en psychische kwetsbaarheid een grotere rol. Voor de cosmetisch arts is het dan belangrijk om signalen te herkennen én te weten wanneer behandelen niet de juiste keuze is. In dit tweeluik bekijken we BDD vanuit twee invalshoeken.

01

Hoe herken je Body Dysmorphic Disorder?

BDD herkennen in de cosmetische praktijk

Wanneer is iemand ontevreden over een uiterlijk kenmerk en wanneer kan er meer aan de hand zijn? Dit artikel gaat in op BDD, de signalen die je in de spreekkamer kunt herkennen en de vragen die helpen om verder te kijken dan de cosmetische hulpvraag over het uiterlijk en wij beoordelen of we dit op een medisch verantwoorde manier kunnen behandelen.

Let op: beide artikelen zijn gebaseerd op verschillende onderzoeken en onderzoeks-populaties. Hierdoor kunnen genoemde cijfers van elkaar verschillen en zijn deze niet één-op-één met elkaar te vergelijken. [Cg](#)

02

Behandelen of begrenzen?

Screening en besluitvorming bij patiënten met BDD

Wat doe je wanneer je vermoedt dat psychische kwetsbaarheid een rol speelt? Dit artikel gaat verder waar het eerste stopt en kijkt naar screening, verwachtingen en de afweging of een cosmetische behandeling verantwoord en passend is.



Tekst: drs. Rachella Anandbahadoer cosmetisch arts KNMG

INVALSHOEK 1

Hoe herken je Body Dysmorphic Disorder?

Wanneer is een cosmetische behandeling niet de oplossing?

De wens voor een vollere lip, een rechttere neus, een strakkere kaaklijn; dit is voor ons de dagelijkse praktijk. Een patiënt komt binnen met een hulpvraag over het uiterlijk en wij beoordelen of we dit op een medisch verantwoorde manier kunnen behandelen.

Wanneer is iemand echter gewoon ontevreden over een uiterlijk kenmerk, en wanneer zijn wij als cosmetisch arts KNMG onderdeel geworden van een probleem dat met een cosmetische behandeling niet opgelost kan worden? Wat als het probleem niet zozeer het uiterlijk zelf betreft, maar de manier waarop een patiënt het uiterlijk beleeft?

En, nog belangrijker, hoe kan je als cosmetisch arts KNMG het onderscheid hierin vaststellen en de patiënt op de juiste manier begeleiden?



Body Dysmorphic Disorder

Body Dysmorphic Disorder (BDD), ook wel morfodysfore stoornis, is een stoornis in de lichaamsbeleving. Het is een psychiatrische aandoening die in de DSM-5-TR valt onder de obsessief-compulsieve en verwante stoornissen. De patiënt is veel en aanhoudend bezig met een minimale of zelfs vermeende afwijking van het uiterlijk. De ervaren afwijking is voor anderen niet of nauwelijks zichtbaar, maar veroorzaakt bij de patiënt enorme lijdensdruk en mogelijke beperkingen in het dagelijks functioneren.

Dit maakt het verschil met een gemiddelde ontevredenheid of onzekerheid over het uiterlijk. We zien dagelijks mensen die iets willen veranderen aan hun verschijning zonder een psychiatrische stoornis die hieraan ten grondslag ligt.

Bij patiënten met BDD is de preoccupatie met het uiterlijk overheersend en moeilijk te relativiseren. Ze zijn uren bezig met hun uiterlijk en er is sprake van herhaalde gedragingen, zoals continu in de spiegel kijken, herhaaldelijk foto's maken, bekijken en bewerken, camoufleren of juist spiegels en sociale situaties vermijden.

Een belangrijk punt is dat er sprake kan zijn van BDD naast dat er daadwerkelijk een objectief vast te stellen uiterlijk kenmerk aanwezig is. Het gaat er dus niet om of wij als arts wel of niet iets kunnen zien, maar of de bezorgdheid erover in verhouding staat tot dit kenmerk en wat de invloed is op het dagelijks leven.

Hoe vaak komt het voor?

De prevalentie is moeilijk vast te stellen, gezien deze verschilt per populatie en onderzoek. In het algemeen zien we een incidentie van 1-3%, maar bij patiënten die cosmetische zorg zoeken ligt dit hoger. In een Nederlands onderzoek screenden bij de Polikliniek Dermatologie en Plastische Chirurgie 8,5% respectievelijk 3,2% van de patiënten positief voor BDD. Dit is echter een onderzoek van twintig

jaar geleden en we weten dat de vraag naar cosmetische behandelingen de laatste jaren geëxplodeerd is.

Een meer recente systematische review en meta-analyse uit 2024 (65 studies, > 17.000 patienten) keek naar de prevalentie in de cosmetische, plastische en reconstructieve chirurgie. Hierbij werd de prevalentie geschat op 18,6%, waarvan 62,9% vrouwen. Er wordt een grote variatie gezien tussen specialismes en landen. De Dermatologie laat het laagste en Brazilië het hoogste percentage zien.

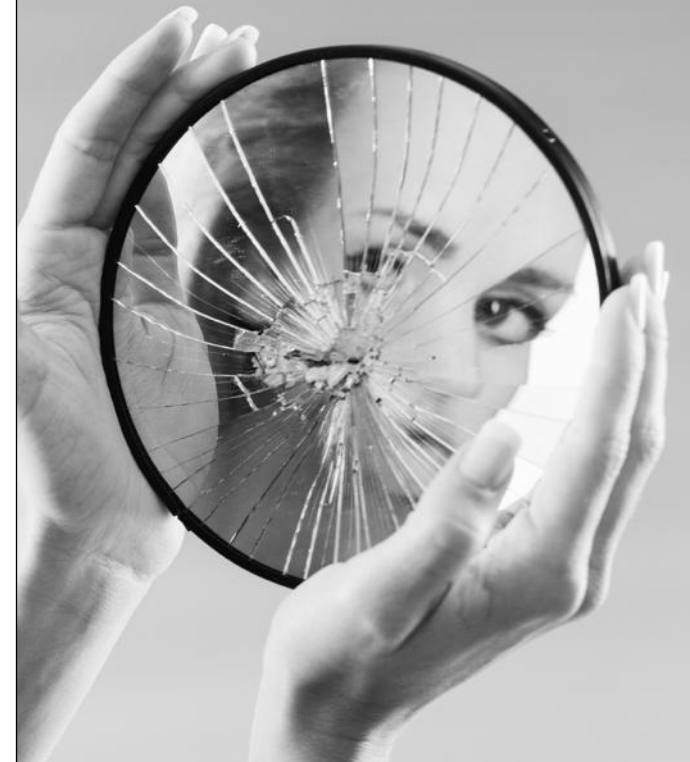
Hoewel de percentages dus verschillen, is de conclusie dat BDD in de cosmetische wereld voldoende prevalent is om er alert op te zijn.

De gevolgen van BDD

Naast het continue bezig zijn met het uiterlijk, kan BDD ook leiden tot depressieve symptomen en sociale angst en obsessief-compulsieve klachten. Zorgwekkend is de in de literatuur gevonden associatie tussen BDD en suïcidaliteit. In een studie onder 185 patiënten met BDD rapporteerde gemiddeld 57,8% per jaar suïcidale gedachten en deed gemiddeld 2,6% per jaar een suïcidepoging. Een systematische review en meta-analyse van 17 studies vond bovendien dat BDD geassocieerd was met een ruim drie keer hogere odds ratio op suïcidaliteit en op suïcidepogingen. BDD moet dus zeker niet worden afgedaan als een onschuldige vorm van onzekerheid of slechts simpele ijdelheid.

BDD in de cosmetische praktijk

Als cosmetisch arts KNMG beschikken we over de mogelijkheid uiterlijke kenmerken te veranderen. Doorgaans zien we een verbetering van het algemeen welzijn en welbevinden van een patiënt. Het wordt echter problematisch wanneer een patiënt denkt dat we niet alleen het uiterlijk veranderen, maar ook het onderliggende gevoel.



Bij de meerderheid van patiënten met BDD worden namelijk geen goede uitkomsten gezien van cosmetische interventies. Anderzijds kan echter niet worden uitgesloten dat voor een kleine groep met mildere problemen interventies wel leiden tot gunstige effecten.

De vraag is dan dus niet of we iets kunnen behandelen, maar of dat voor patiënt op dat moment de juiste behandeling is.

BDD herkennen

Naast voorgenoemde kenmerken, zijn ook het voortdurend vergelijken met anderen en herhaaldelijk naar geruststelling zoeken mogelijke tekenen van BDD. Het stellen van een aantal eenvoudige vragen kan soms het onderscheid maken tussen normale onzekerheid versus preoccupatie die uit de hand loopt.

- + Hoeveel tijd bent u dagelijks bezig hiermee?
- + Controleert, vergelijkt of camoufleert u het betreffende gebied regelmatig?
- + Zijn er dingen die u niet meer doet vanwege dit uiterlijke kenmerk?
- + Heeft u het eerder laten behandelen en hoe tevreden was u daarna?
- + Wat hoopt u dat er verandert in uw leven wanneer we dit behandelen?

Wanneer meerdere antwoorden op de vragen aanleiding geven tot zorg, is het verstandig om de patiënt niet of niet slechts vanuit een cosmetisch perspectief te behandelen.



Wanneer mijn lippen voller zijn,
durf ik weer te lachen.

Wanneer mijn neus rechter is,
durf ik weer op de foto.

Wanneer mijn huid gladder is,
kan ik weer naar feestjes.

Dit zijn niet automatisch uitspraken die betekenen dat de patiënt lijdt aan BDD, maar wel redenen om verder te vragen.

Het is belangrijk om bewust te zijn van bepaalde red flags. Is patiënt al bij meerdere behandelaren geweest, verschuift de focus van het ene naar het andere kenmerk, is patiënt nooit tevreden na een behandeling? Dan zou er sprake kunnen zijn van een patroon.



Conclusie

Als cosmetische behandelaren die dagelijks bezig zijn met het uiterlijk, is BDD een belangrijke aanwijzing dat hoe mensen zich van binnen voelen niet altijd overeenkomt met de buitenkant, maar dus ook andersom.

Een patiënt kan oprecht lijden onder een uiterlijk kenmerk dat wij nauwelijks zien. Dit betekent echter niet dat de klacht niet serieus genomen moet worden, maar juist dat we verder moeten kijken.

Ons doel is niet mensen met uiterlijke onzekerheden af te weren, maar om zeker te weten dat onze behandelingen de beoogde resultaten bereiken, zowel wat betreft het uiterlijk als het innerlijk. Soms is een kleine anatomische correctie precies wat iemand zal helpen een uiterlijke onzekerheid te overwinnen. Soms is een cosmetische behandeling niet de (enige) oplossing. **Cg**

REFERENTIES

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th ed, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t19/>

<https://www.hulpguids.nl/ziektebeelden/stoornis-in-de-lichaamsbeleving>

Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. World Psychiatry. 2004;3(1):12-17.

Vulink NCC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen CAFM, Westenberg HGM, Denys D. Stoornis in de lichaamsbeleving bij 3-8% van de patiënten op de poliklinieken Dermatologie en Plastische Chirurgie. Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:97-100.

Kaleeny JD, Janis JE. Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery. A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2024;12(13):1333.

Bowyer L, Krebs G, Mataix-Cols D, Veale D, Monzani B. A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. Body Image. 2016;19:1-8.

<https://ggzdataportaal.nl/bibliotheek/body-dysmorphic-disorder-examination-self-report-questionnaire-bdde-srq/>

Picavet V, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings PW. Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. Laryngoscope. 2011;121(12):2535-2541.

Pereira IN, Chattopadhyay R, Fitzpatrick S, Nguyen S, Hassan H. Evidence-based review: Screening body dysmorphic disorder in aesthetic clinical settings. J Cosmet Dermatol. 2023;22:1951-1966.

Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2016;49:55-66.

Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. World Psychiatry. 2004;3(1):12-17.

Abdalla M, Mukhtar R, Elgamal SE, et al. The Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy in the Management of Body Dysmorphic Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Psychol Psychother. 2026;33(1):e70218.

Body Dysmorphic Disorder:

ethische en praktische overwegingen

Sietske Atsma
Anne-Mette Hermans, PhD
Sandra Mulkens, PhD

BDD in het kort

- + De aandoening manifesteert zich meestal voor het eerst in de adolescentie, gemiddeld rond de 16 jaar.
- + Body dysmorphic disorder (BDD), ofwel 'morfodysfore stoornis' als Nederlandse term, komt ongeveer even vaak voor bij mannen als bij vrouwen, met een prevalentie van rond 2% in de algemene bevolking.
- + In de cosmetiek komt de aandoening bovengemiddeld veel voor. Verschillende onderzoeken - waarbij ook verschillende onderzoeksmethoden zijn ingezet - laten een prevalentie zien bij deze specifieke patiëntenpopulatie tussen de 2,9% en 57%. ^{1, 2, 3}
- + De comorbiditeit tussen BDD en andere psychische aandoeningen, zoals depressie, obsessieve-compulsieve stoornis, middelenmisbruik, sociale angststoornis en eetstoornissen is groot.
- + Patiënten met BDD lijden zeer onder hun klachten. Bij 78,0% spelen suïcidale gedachten en 27,5% heeft suïcidepogingen ondernomen. ⁴
- + Mensen met BDD zoeken de oplossing in het veranderen van hun lichaam, maar cosmetische ingrepen leiden zelden tot verbetering van de klachten.

Inleiding

Body dysmorphic disorder (BDD) en andere stoornissen van het lichaamsbeeld vormen in de cosmetische geneeskunde een uitdaging. Patiënten presenteren zich vaak met een sterke focus op een vermeend uiterlijk defect, terwijl de onderliggende problematiek breder en complexer is. Cosmetische ingrepen leiden zelden tot verbetering van de klachten en patiënten met BDD vormen een uitdaging voor de praktijk. Voor behandelaren is het essentieel om niet alleen te kijken naar de gewenste ingreep, maar ook naar motivatie, verwachtingen en het breder psychisch welzijn. In de cosmetische geneeskunde speelt daarnaast de vraag hoe patiënten aan de poort geselecteerd kunnen worden, zodat alleen de groep behandeld wordt waarbij dat verantwoord kan gebeuren.

Wat is BDD?

BDD wordt gekenmerkt door een preoccupatie met een vermeende afwijking in het uiterlijk die voor anderen niet zichtbaar is of slechts gering lijkt. De persoon vertoont daarbij herhaald gedrag, zoals in de spiegel kijken, aan de huid pulken, eindeloos bezig zijn met haar en/of make-up, of geruststelling zoeken. Verder vergelijkt iemand met BDD zijn eigen uiterlijk vaak met dat van anderen. Deze gedragingen kunnen veel tijd in beslag nemen, tot wel 8 uur per dag. Mensen met BDD ervaren vaak gevoelens van angst of schaamte en ondervinden negatieve gevolgen van de aandoening op het gebied van werk en relaties. De klachten zijn vaak hardnekkig.

De BDD-patiënt vindt het specifieke lichaamsdeel erg onaantrekkelijk, misvormd of walgelijk en beschrijft zichzelf als lelijk. De lichaamsdelen waarop patiënten een hyperfixatie hebben kunnen duidelijk zichtbaar zijn, zoals neus, mond, ogen, haar en gezicht, maar ook bedekt zoals de genitaliën. Ook kan de fixatie gericht zijn op de mate van gespierdheid waarbij de specifieke diagnose 'Muscle Dysmorphia' gesteld kan worden.

Lichaamsbeeld

Lichaamsbeeld is niet simpelweg wat iemand in de spiegel ziet. Het is een mentale representatie van het lichaam, beïnvloed door culturele factoren, sociale normen, leerervaringen, biologische variabelen en individuele psychopathologie. Een verstoord lichaamsbeeld kan variëren van milde gevoelens van onaantrekkelijkheid tot extreme obsessies met het uiterlijk, waarbij normaal functioneren wordt belemmerd. Dit zie je terug bij onder meer mensen met BDD, eetstoornissen en sommige psychotische stoornissen, terwijl het ook bij depressie een rol kan spelen.

Het lichaamsbeeld bestaat uit twee componenten: perceptie en attitude. Het perceptuele lichaamsbeeld gaat over de nauwkeurigheid van de inschatting van de lichaamsgrootte en -vorm ten opzichte van de werkelijke grootte en vorm. De attitude ten aanzien van het lichaamsbeeld omvat algemene subjectieve tevredenheid, affect, cognities en gedrag, zoals het zoveel mogelijk verbergen van het lichaam.

Cosmetische behandelingen

Bij patiënten met BDD zorgen cosmetische ingrepen meestal niet voor een duurzame oplossing. De ingreep kan tijdelijk verlichting geven, maar vaak ontstaat daarna opnieuw preoccupatie, verschuift de fixatie naar een ander lichaamsdeel, of blijft ontevredenheid met een bepaald lichaamsdeel bestaan.

Uit de literatuur blijkt dat cosmetische behandelingen zelden leiden tot verbetering van BDD-symptomen. In een studie van Phillips et al. (2001)⁵ was het meest voorkomende resultaat van een behandeling geen verbetering (72%), gevolgd door verslechtering (16,3%) en lichte verbetering (11,7%). Slechts 7,3% van de behandelingen leidde tot minder zorgen over het behandelde lichaamsdeel. Recenter onderzoek van Yont et al. (2025)⁶ laat

Screening in de praktijk

zien dat er een positief kortetermijneffect kan zijn op de kwaliteit van leven (QoL), maar dat het langetermijn-effect onzeker is.

Impact op arts en kliniek

Patiënten met BDD en andere stoornissen van het lichaamsbeeld stellen de arts en kliniek voor meerdere uitdagingen. De patiënt kan veel tijd en aandacht vragen van de arts en het ondersteunend personeel. Door veelvuldig naar de kliniek te bellen bijvoorbeeld, de kliniek herhaaldelijk te bezoeken of door (vervolg)behandelingen te eisen. De ontevredenheid van de patiënt kan escaleren en leiden tot reputatieschade, bijvoorbeeld door het plaatsen van negatieve reviews en het ondernemen van juridische acties. Daarnaast kunnen patiënten met BDD agressie vertonen, zowel verbaal als fysiek.

Wie behandel je niet?

Het moge duidelijk zijn dat mensen met BDD in principe ongeschikt zijn voor cosmetische behandelingen, maar daarnaast zijn er andere groepen waarbij behandeling ongewenst is, of in ieder geval pas na zorgvuldige beoordeling. Jongeren zijn daarvan een belangrijk voorbeeld, omdat zij niet volledig fysiek volgroeid zijn en niet altijd in staat zijn om de risico's van cosmetische ingrepen goed te overzien. Ook bij mensen met andere psychische stoornissen moet zorgvuldig worden beoordeeld of behandeling passend is. Denk aan eetstoornissen, psychotische stoornissen en depressie, zeker wanneer ontevredenheid over het lichaam bepalend is voor zelfwaardering. Verder kunnen grote levensgebeurtenissen, zoals een scheiding, iemands beoordelingsvermogen ook beïnvloeden. De kernvraag is steeds: helpt deze ingreep daadwerkelijk, of vergroot zij juist de kwetsbaarheid?

Preoperatieve screening is van groot belang om de motivatie en verwachtingen helder te krijgen en eventuele psychische kwetsbaarheid te beoordelen. In de praktijk gebeurt dat echter niet altijd (goed). Het is zinvol om screening niet alleen als formaliteit te zien, maar als een essentieel onderdeel van het bieden van goede zorg.

Waarschuwingssignalen zijn onder meer:

- + een hyperfocus op het uiterlijk
- + onrealistische verwachtingen (fysieke onmogelijkheid, perfectie, of gericht op een kenmerk dat overeenkomt met een kenmerk van een ander persoon, bijv. een beroemdheid)
- + patiëntgestuurde en specifieke behandelplannen
- + bezoeken van meerdere artsen.

Andere signalen om alert op te zijn:

- + buitensporige bezorgdheid over minimale of afwezige (huid)klachten
- + excessief make-upgebruik of camoufleren
- + herhaaldelijk bevestiging vragen over het uiterlijk
- + de gedachte dat anderen continu op het uiterlijk letten
- + ontevredenheid over eerdere cosmetische behandelingen.

Screeningstools

Beschikbare instrumenten zijn onder meer de BDDE-SR, de BDDS-5, de BDDQ, de BDDQ-DV, de BDDQ-AS en de COPS. De screeningslijsten kunnen mogelijke BDD-gevallen opsporen, maar geven geen definitieve diagnose. De Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS)⁷ is een korte zelfrapportage met een totaalscore van 0 tot 72; een score van 40 of hoger wijst sterk op BDD.

Als een screeningstest BDD doet vermoeden, moet de persoon door een ggz-professional worden beoordeeld voordat een esthetische ingreep wordt overwogen. Een cosmetisch arts zou daarnaast ook moeten screenen op andere psychische aandoeningen, zoals eetstoornissen, depressie, angststoornissen, zelfbeschadiging, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Onderzoek laat zien dat psychologische kwetsbaarheid voor slechte postoperatieve uitkomsten beter als een continuüm kan worden gezien. In plaats van alleen te focussen op wie voldoet aan de criteria voor bepaalde psychische aandoeningen, moet de beoordeling ook kijken naar relatieve kwetsbaarheid of veerkracht, waarbij onder meer de sociale omgeving een factor is.⁸

Marketing en ethiek

De vraag hoe je behandelingen aanprijst is in dit kader ook relevant. Marketingactiviteiten zouden niet alleen moeten aantrekken, maar ook selecteren: trekken ze de patiënten aan die je daadwerkelijk wilt zien? Ethische marketing betekent dus ook dat je je bewust bent van welke verwachtingen je oproept en welke kwetsbare patiënten je mogelijk aantrekt. Met reclameteksten als 'Weer lekker in je vel' worden mogelijk onrealistische verwachtingen gecreëerd. Vanuit het perspectief van patiënten is vooral de belofte relevant. Zij hopen dat een ingreep hen weer goed doet voelen, terwijl de uitkomst soms het tegenovergestelde is. Dat maakt zorgvuldige marketing extra belangrijk.

REFERENTIES

- Minty, A. & Minty, G. (2021). The prevalence of body dysmorphic disorder in the community: a systematic review. *Global Psychiatry Archives*, 4(2), 130–154. DOI: 10.52095/gp.2021.8113 https://www.researchgate.net/publication/361477527_The_prevalence_of_body_dysmorphic_disorder_in_the_community_a_systematic_review
- McGrath, L.R., Oey, L., McDonald, S., Berle, D. & Wootton, B.M. (2023). Prevalence of body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 46, 202–211. PMID: 37352787. DOI: 10.1016/j.bodyim.2023.06.008 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37352787/>
- Hundscheid, T., van der Hulst, R.R.W.J., Rutten, B.P.F. & Leue, C. (2014). Stoornis in de lichaamsbeleving bij patiënten binnen de cosmetische chirurgie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(8), 538–545. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-10351_Stoornis-in-de-lichaamsbeleving-bij-patienten-binnen-de-cosmetische-chirurgie
- Phillips, K.A., Coles, M.E., Menard, W., Yen, S., Fay, C. & Weisberg, R.B. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 717–725. DOI: 10.4088/jcp.v66n0607 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15960564/>
- Phillips, K.A., Grant, J.E., Siniscalchi, J. & Albertini, R.S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42(6), 504–510. PMID: 11815686. DOI: 10.1176/appi.psy.42.6.504 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11815686/>
- Yong, Z.Y., Lim, H.B., Faderani, R., Kanapathy, M. & Mosahebi, A. (2025). 1109 Impact of Cosmetic Surgery on BDD Symptoms, QoL, and Psychological Impact in BDD-Diagnosed Patients: A Systematic Review. *BJS (British Journal of Surgery)*, 112(Supplement_10), znaf128.528. DOI: 10.1093/bjs/znaf128.528 https://academic.oup.com/bjs/article/112/Supplement_10/znaf128.528/8164710
- Veale, D., Ellison, N., Werner, T., Dodhia, R., Serfaty, M. & Clarke, A. (2012). Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65(4), 530–532. DOI: 10.1016/j.bjps.2011.09.007 Instrumentpagina's (COPS-questionnaire): <https://www.veale.co.uk/scales/> <https://www.readymind.com.au/cosmetic-procedure-screening-questionnaire-cops/>
- Camaradese, G., Pascale, M.M., D'Onofrio, A.M., Calia, R., Ribolsi, M., Koukopoulos, A., Fiori Nastro, F., Ferrajoli, G.F., Schirra, E., Maggio, E., Sani, G. & Costa, G. (2026). Psychological Resilience in Surgery: Psychobiological Pathways, Clinical Impact, and Perioperative Modulation – A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 16(4), 178. DOI: 10.3390/jpm16040178. PMID: PMC13118083. PMID: 42042545 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13118083/>

Sietske Atsma

vertrouwenspersoon, wiemooiwillzijn

Sietske Atsma is oprichter van het consumentenplatform wiemooiwillzijn en LVV-gecertificeerd vertrouwenspersoon. Als vertrouwenspersoon staat zij patiënten bij die na een cosmetische ingreep hulp nodig hebben. Daarnaast adviseert Sietske artsen en klinieken over patiëntgerichte communicatie, ethische marketing en klachtenprocedures. Als patiëntenvertegenwoordiger is zij betrokken bij verschillende onderzoeksprojecten en brengt zij in de media en haar podcast het perspectief van de cosmetisch consument onder de aandacht. Met betrekking tot BDD pleit zij voor het onderzoeken en implementeren van een model als dat in Australië wordt gehanteerd; een verplichte screening voorafgaand aan iedere cosmetische ingreep.

Dr. Anne-Mette Hermans

Assistant Professor, Tranzo, Tilburg University

Anne-Mette Hermans is universitair docent op het gebied van schoonheid, gezondheid en welzijn bij Tranzo, het wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn aan de Tilburg University. Ze behaalde haar PhD aan King's College London in 2019. Haar onderzoek is grotendeels kwalitatief van aard en richt zich op (commerciële) opvattingen over de maakbaarheid van lichamen. Hermans' expertise ligt bij schoonheidspraktijken, vooral cosmetische ingrepen. Haar boek *Discourses of Perfection*, dat de normalisering van cosmetische ingrepen onderzoekt, werd in 2021 gepubliceerd door Routledge. Hermans is mede-oprichter en co-voorzitter van het internationale Cosmetic Procedures Research Network (CPRN). Dit interdisciplinaire netwerk heeft als doel onderzoek naar cosmetische behandelingen te promoten en te bevorderen.

Prof. dr. Sandra Mulkens

hoogleraar voedings- en eetstoornissen en klinisch psycholoog-psychotherapeut aan de Universiteit Maastricht

Sandra Mulkens werkt als hoogleraar voedings- en eetstoornissen in de Capaciteitsgroep Clinical Psychological Science van de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht. Na haar promotie op sociale angststoornis (2000) ging zij zich richten op onderzoek naar eetstoornissen en lichaamsbeeld, waaronder BDD. Binnen de eetstoornissen veranderde haar focus van boulimia nervosa en eetbuistoornis naar ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) en is zij daarbij verbonden aan SeysCentra (specialistisch behandelcentrum voor kinderen en jongeren met ARFID). Naast onderzoeker is Sandra ook behandelaar. Ze heeft BIG-registraties als klinisch psycholoog en psychotherapeut en is daarnaast cognitief gedragstherapeut/supervisor VGCT (Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie). In het verleden zag zij regelmatig patiënten met BDD maar tegenwoordig alleen nog maar met ARFID vanwege haar beperkte aanstelling m.b.t. behandeling. Sinds kort is zij ook hoofdopleider van de postmaster-opleiding tot klinisch psycholoog bij RINO Zuid. 



Tekst: drs. Juliet de Vries, MSc cosmetisch arts Kliniek Vrijdag

Soul Surgery

Interview met Thanya Tha-In

Redactielid Juliet de Vries interviewde cosmetisch arts KNMG en chirurg Thanya Tha-In, bekend van haar kliniek Skin Surgery. Recent startte zij met Soul Surgery. Wat heeft haar hiertoe gedreven en voor wie is Soul Surgery bedoeld?

Thanya, het thema van dit nummer is 'de psyche'. Jij zit al lang in het vak. Is er wat jou betreft iets veranderd in de cosmetische geneeskunde als het gaat om de psychische aspecten?

Ja, absoluut. De arts-patiëntrelatie is veranderd. Vroeger kwamen patiënten vrij blanco de spreekkamer in, stonden open voor het advies van de arts en volgden dat ook op. Nu is er veel meer samenspraak. Patiënten hebben meer toegang tot informatie, bereiden zich beter voor en hebben ook hogere verwachtingen.

→

We merken allemaal de invloed van social media. Overal zijn mooie plaatjes te vinden waar vooral jonge mensen zich aan lijken te spiegelen. Vervaagt daarmee de grens tussen een normaal zelfbeeld en body dysmorphic disorder (BDD)?

Dat denk ik wel. Ik zie een duidelijk verschil tussen bijvoorbeeld millennials en Gen Z, millennials hebben nog veel meer focus op het leven buiten social media. Recent had ik een casus waarbij ik een bovenooglidcorrectie had uitgevoerd bij een jong iemand. Het resultaat is prachtig, maar zichzelf ziet dat niet. Ze blijft zichzelf vergelijken met plaatjes op Instagram en TikTok. Dat voorbeeld laat precies zien hoe belangrijk het is om patiënten goed voor te lichten en hun verwachtingen bij te stellen.

Stel, je hebt een consult met iemand die je voor het eerst ziet, en je vermoedt of constateert tekenen van BDD. Hoe ga je daarmee om?

Ik probeer het terug te geven. Door vragen te stellen over in hoeverre het bijvoorbeeld hun gedrag beperkt, krijg je inzicht en dit neem je mee in je advies. Je weet dat wanneer je nee zegt, deze mensen verder gaan zoeken en ergens anders behandeld worden. Dan vind ik het belangrijk om uitleg te geven over verhoudingen in het gezicht en daar balans in aan te brengen, wat kan leiden tot een positiever zelfbeeld. Soms gaat het ook over wat mooi is en wat lelijk is, dat begrip lijkt te verschuiven. Over het algemeen ben ik terughoudender met behandelen wanneer ik tekenen van BDD herken.

Bestaan er richtlijnen binnen de beroepsgroep over het behandelen van patiënten met BDD? Zouden die er moeten zijn?

Specifieke Nederlandse richtlijnen voor cosmetisch artsen zijn er niet. Wel bestaan er internationale questionnaires om op BDD te screenen. Waar ik vooral op let: is de wens van de patiënt invoelbaar? En ik houd in mijn achterhoofd hetgeen je beloofd hebt op het moment dat je arts wordt; do no further harm.

Critici buiten ons vak stellen weleens dat de cosmetische geneeskunde ziektebeelden als BDD juist voedt. Hoe kijk jij daarnaar?

Dat is niks nieuws. Eens in de zoveel tijd moet er een dader aangewezen worden, en omdat het vak relatief nieuw is met veel onwetendheid eromheen, is het makkelijk om met een vinger te wijzen. Het is aan onszelf om het imago van ons vak te verbeteren en eer aan te doen. Het vak is ontstaan vanuit een behoefte van onze patiënten.

Recent heb je Soul Surgery opgezet. Wat heeft je daartoe gedreven? Miste je iets in de cosmetische geneeskunde?

De cosmetische geneeskunde blijft me fascineren, dat wil ik ook blijven doen. Maar wat ik gemerkt heb: mensen zijn van buiten op hun mooist wanneer ze zich van binnen gelukkig voelen. Wat we bij Soul Surgery meegeven, is dat je bij jezelf mag blijven terwijl je op zoek gaat naar wat je gelukkig maakt. Zo is Soul Surgery echt complementair aan Skin Surgery, bij beide vinden we het belangrijk dat iemand zich gehoord, gezien en geliefd voelt. Je hebt het niet nodig om er van buiten goed uit te zien om validatie van anderen te krijgen. Het gaat om de validatie van jezelf. En dat is de plek waar je reis naar binnen start.

Je hebt zelf het een en ander meegemaakt, waaronder een scheiding en een onvervulde kinderwens. Hebben de psychische gevolgen daarvan invloed gehad op de uitvoering van je werk als cosmetisch arts?

Ja, absoluut. Op het moment dat je zelf minder goed in je vel zit, heb je automatisch minder aandacht voor de patiënt. Je maakt misschien minder tijd, werkt minder nauwkeurig. Want tja, je bent ook mens met je eigen imperfecties. Daarom is het belangrijk om op die momenten eerst aan je eigen gezondheid te werken, zodat je ook weer de beste zorg aan je patiënten kunt leveren. Het gaat hierbij om mentale gezondheid, en wat ik zie is dat de jongere generatie meer over



hun gevoel praat. Dat is een positieve ontwikkeling. Ontevredenheid van patiënten kan veel invloed hebben op de cosmetisch arts zelf, en burn-out onder behandelaren is een reëel thema, daarom is het belangrijk om altijd in gesprek en in verbinding te blijven, ook met elkaar als collega's. Dat is ook de reden dat ik Doc-tastic heb opgezet, als onderdeel van Soul Surgery. Een module speciaal voor artsen waarbij we teruggaan naar de vraag waarom je cosmetisch arts bent geworden. Welke validatie geeft dit je? Wat maakt het zwaar? De inzichten die je daarbij krijgt, koppelen we terug aan de identiteit van je ondernemerschap. En we geven artsen tools hoe om te kunnen gaan met ontevreden patiënten, zodat je met plezier je werk kunt blijven doen.

Uiteindelijk komt het steeds op hetzelfde neer: zorg begint bij jezelf, om die vervolgens door te kunnen geven. Voor artsen die dit herkennen, de druk, de ontevreden patiënt die je toch nog een keer probeert te bereiken, het gevoel dat je jezelf soms even kwijt bent in je eigen praktijk, dan is

Doc-tastic de moeite waard om het te onderzoeken. Niet als quick fix, maar als moment om stil te staan bij waarom je ooit begon en wat je nu nodig hebt om met plezier te blijven doen wat je doet. En Soul Surgery is er niet alleen voor artsen. Ook voor onze patiënten geldt: de behoefte om je goed te voelen zit dieper dan de spiegel. Werken aan je binnenkant is net zo belangrijk als werken aan je buitenkant. Het een versterkt het ander, het gaat samen. Dat mag gezegd worden, zonder taboe. Wie dit herkent, nodig ik uit om het zelf te onderzoeken.

Dankjewel voor je tijd Thanya en veel succes met deze mooie missie!

Heb jij als NVCG-lid ook een verhaal uit de praktijk dat je wilt delen? Laat het weten aan de redactie en wie weet lees je jouw verhaal terug in een volgende editie van Cg Magazine®. **Cg**



WHERE OTHERS SEE HYALURONIC ACID, WE SEE BEAUTY BEYOND THE SURFACE.

From IBSA's experience with hyaluronic acid comes PROFHILO[®] STRUCTURA: the new frontier of adipose tissue restoration in response to aging.

The only stable Hybrid Cooperative Complexes (HCC) of high and low molecular weight *Ultrapure* Hyaluronic Acid in very high concentration, produced with NAHYCO[®] Technology[™] a unique and innovative thermal production process patented by IBSA.

The PROFHILO[®] product range includes other injectables such as: PROFHILO[®] and PROFHILO[®] BODY, as well as skincare products to complete aesthetic treatment at home.

IBSADERMA.COM

IBSA DERMA. BEAUTY BEYOND STANDARDS.



Tekst: drs. Pascal Meijer cosmetisch arts KNMG

Samenwerking tussen cosmetisch artsen en gynaecologen

Geïntegreerde gynaecologische zorg
met aandacht voor functie en esthetiek
in Kliniek aan de Maas

Inleiding

De grenzen tussen functionele geneeskunde, reconstructieve chirurgie en esthetische geneeskunde worden steeds minder scherp. Dit geldt in het bijzonder voor de gynaecologische zorg. Vrouwen kunnen zich melden met klachten die zowel een functionele als een esthetische component hebben, bijvoorbeeld na een bevalling, een operatieve ingreep of als gevolg van littekenvorming. Andersom kan een primair esthetische hulpvraag aanleiding zijn om verder te kijken naar anatomie, functie en eventuele onderliggende klachten.

Binnen Kliniek aan de Maas in Maastricht is daarom een multidisciplinaire

samenwerking ontstaan tussen cosmetisch artsen en gynaecologen. Het doel is om gespecialiseerde gynaecologische zorg aan te bieden binnen een professionele, patiëntgerichte omgeving waarin zowel medische indicatie, functionaliteit als esthetiek aandacht krijgen.

Van cosmetische kliniek naar multidisciplinair zorgconcept

Kliniek aan de Maas bestaat van oorsprong uit een team van twee cosmetisch artsen KNMG, twee huidtherapeuten, een schoonheidsspecialiste en drie balie medewerkers. Daarnaast

beschikt de kliniek over vijf poliklinische operatiekamers. Deze infrastructuur, gecombineerd met een ervaren en gemotiveerd team, bood een geschikte basis voor uitbreiding van het zorgaanbod.

Ruim een jaar geleden ontstond een samenwerking met twee gynaecologen die gespecialiseerd zijn in de gynaecologische oncologie en de chirurgische behandeling daarvan. Beide gynaecologen hadden daarnaast de ambitie om zich verder te ontwikkelen binnen de esthetische en reconstructieve gynaecologie. Zij waren op zoek naar een professionele omgeving waarin deze zorg op een kwalitatief hoogwaardige en patiëntgerichte manier kon worden georganiseerd.

De samenwerking ontstond daarmee vanuit twee verschillende expertises die elkaar aanvullen: de gynaecologische kennis en chirurgische ervaring enerzijds en de organisatie, infrastructuur en ervaring met esthetische geneeskunde anderzijds.

Een breed spectrum aan gynaecologische hulpvragen

Binnen het nieuwe zorgaanbod wordt bewust onderscheid gemaakt tussen functionele, reconstructieve en esthetische hulpvragen. Een aanzienlijk deel van de patiënten presenteert zich met klachten die niet uitsluitend als cosmetisch kunnen worden beschouwd.

Zo worden patiënten gezien met pijnlijke littekens na bijvoorbeeld een bevalling of eerdere chirurgische ingreep. Ook klachten die samenhangen met een te nauwe of juist te wijde vagina kunnen aanleiding zijn voor behandeling. Hierbij staat het verbeteren van de klachten en de kwaliteit van leven voorop.

Daarnaast bestaat er een groep patiënten met een meer uitgesproken esthetische hulpvraag. Voorbeelden hiervan zijn labiaplastiek en correctie van de clitoriscapuchon. Ook bij deze ingrepen is een zorgvuldige indicatiestelling essentieel. Een cosmetische vraag vraagt immers om dezelfde medische zorgvuldigheid als iedere andere chirurgische hulpvraag: anamnese, lichamelijk onderzoek, bespreking van verwachtingen, alternatieven en mogelijke risico's maken integraal deel uit van het behandeltraject.

De meerwaarde van samenwerking

De samenwerking tussen cosmetisch artsen en gynaecologen biedt verschillende voordelen. De gynaecologen brengen specifieke kennis mee over de anatomie en functie van het vrouwelijke genitale gebied en beschikken over ruime chirurgische ervaring, mede vanuit hun expertise binnen de gynaecologische oncologie. De cosmetisch artsen zijn vanuit hun dagelijkse praktijk gewend om zorgvuldig om te gaan met esthetische verwachtingen, proporties, weefselkwaliteit en de vraag hoe een chirurgisch resultaat zich verhoudt tot de totale lichaamsbeleving van een patiënt.

Juist de combinatie van deze perspectieven kan bijdragen aan een completere beoordeling van de patiënt.

De samenwerking betekent nadrukkelijk niet dat iedere gynaecologische hulpvraag als een cosmetische behandeling wordt benaderd. Integendeel: het uitgangspunt is dat de medische vraag eerst helder moet zijn. Pas daarna kan worden besproken welke behandel mogelijkheden passend zijn en in hoeverre esthetische aspecten daarbij een rol spelen.

Technische verdieping en scholing

Beide gynaecologen hebben specifieke aanvullende scholing gevolgd op het gebied van esthetische gynaecologie bij een gerenommeerd gynaecoloog in Harley Street, Londen. Tijdens deze opleiding hebben zij zich onder meer verdiept in geavanceerde chirurgische technieken waarbij gebruik wordt

gemaakt van radiofrequente energie (RF) voor het snijden en coaguleren van weefsel.

Daarnaast werd aandacht besteed aan geavanceerde sluitingstechnieken. Hierbij wordt gewerkt met zeer dunne naalden en hechtdraden en wordt het weefsel in meerdere lagen anatomisch en spanningsarm gesloten. Deze benadering sluit aan bij het uitgangspunt dat een goed chirurgisch resultaat niet alleen wordt bepaald door de ingreep zelf, maar ook door de wijze waarop het weefsel wordt behandeld en gesloten.

Voor de kliniek betekent deze aanvullende expertise dat gynaecologische chirurgie kan worden geïntegreerd in een omgeving waarin zowel operatieve zorg als aandacht voor esthetische uitkomst onderdeel zijn van het behandelconcept.

Organisatie en patiëntbegeleiding

Een belangrijk onderdeel van het concept is dat de patiënt niet alleen tijdens de operatie, maar gedurende het gehele traject wordt begeleid. De bestaande organisatie van Kliniek aan de Maas maakt het mogelijk om consultatie, voorbereiding, behandeling en nazorg binnen één omgeving te organiseren.

Voor een relatief intiem en soms beladen zorggebied is laagdrempelige communicatie daarbij van groot belang. Patiënten moeten voldoende ruimte krijgen om hun klachten en verwachtingen te bespreken. Bij een esthetische hulpvraag is het bovendien essentieel om vooraf een realistisch beeld te schetsen van wat chirurgisch haalbaar is.

Een model voor verdere ontwikkeling

De samenwerking tussen Kliniek aan de Maas en de twee gynaecologen bevindt zich nog relatief aan het begin van haar ontwikkeling. Het eerste jaar heeft vooral laten zien dat er behoefte bestaat aan een omgeving waarin gynaecologische, chirurgische en esthetische expertise elkaar kunnen aanvullen.

Voor de komende jaren ligt er een belangrijke uitdaging in het verder structureren en evalueren van deze zorg. Naast chirurgische uitkomsten zijn patiëntgerapporteerde uitkomsten

van groot belang. Denk hierbij aan pijn, functie, seksualiteit, kwaliteit van leven en tevredenheid over het resultaat. Het systematisch verzamelen van dergelijke gegevens kan helpen om behandelingen verder te optimaliseren en om beter inzicht te krijgen in de toegevoegde waarde van verschillende technieken.

Ook scholing en interdisciplinaire kennisuitwisseling zullen een belangrijke rol spelen. De samenwerking biedt immers niet alleen voordelen voor patiënten, maar ook voor de betrokken professionals: kennis over anatomie, chirurgie, wondgenezing, littekenbehandeling en esthetische beoordeling kan over en weer worden gedeeld.

De aanwezigheid van meerdere disciplines binnen één klinische omgeving biedt daarnaast mogelijkheden voor onderlinge consultatie. Wanneer een hulpvraag buiten het expertisegebied van één behandelaar valt, kan laagdrempelig worden overlegd of naar een andere discipline worden verwezen.

Esthetiek als onderdeel van patiëntgerichte zorg

Een belangrijke les uit het eerste jaar van deze samenwerking is dat de scheidslijn tussen 'functioneel' en 'esthetisch' in de praktijk niet altijd duidelijk is. Een pijnlijke littekenstreng kan bijvoorbeeld zowel lichamelijke als psychoseksuele gevolgen hebben. Een verandering van de anatomie na een bevalling kan leiden tot functionele klachten én tot onzekerheid over het uiterlijk. Omgekeerd kan een esthetische hulpvraag gepaard gaan met functionele aspecten die tijdens de anamnese naar voren komen.

Een geïntegreerde benadering kan daarom waardevol zijn. Daarbij moet esthetiek niet worden gezien als doel op zichzelf, maar als één van de aspecten die kunnen bijdragen aan het welzijn en de tevredenheid van de patiënt.

Dit vraagt tegelijkertijd om een kritische en terughoudende indicatiestelling. De patiënt moet goed geïnformeerd worden over de verwachte resultaten, beperkingen, mogelijke complicaties en alternatieven. Zeker binnen de esthetische gynaecologie is informed consent meer dan het ondertekenen van een toestemmingsformulier: het is een proces van gezamenlijke besluitvorming.

Conclusie

De samenwerking tussen cosmetisch artsen en gynaecologen binnen Kliniek aan de Maas is ontstaan vanuit een gedeelde behoefte: hoogwaardige gynaecologische zorg aanbieden in een professionele omgeving waarin ook esthetische aspecten op een zorgvuldige manier kunnen worden meegenomen.

De combinatie van gespecialiseerde gynaecologische en chirurgische kennis met de ervaring en infrastructuur van een cosmetische kliniek creëert een multidisciplinair zorgmodel waarin functionele klachten, reconstructieve problematiek en esthetische wensen in samenhang kunnen worden beoordeeld.

De eerste ervaringen laten zien dat juist op het raakvlak van deze disciplines ruimte bestaat voor verdere ontwikkeling. Daarbij moet steeds het medische uitgangspunt centraal blijven staan: een zorgvuldig geselecteerde patiënt, een duidelijke indicatie, realistische verwachtingen en een behandeling die veilig, proportioneel en technisch onderbouwd wordt uitgevoerd.

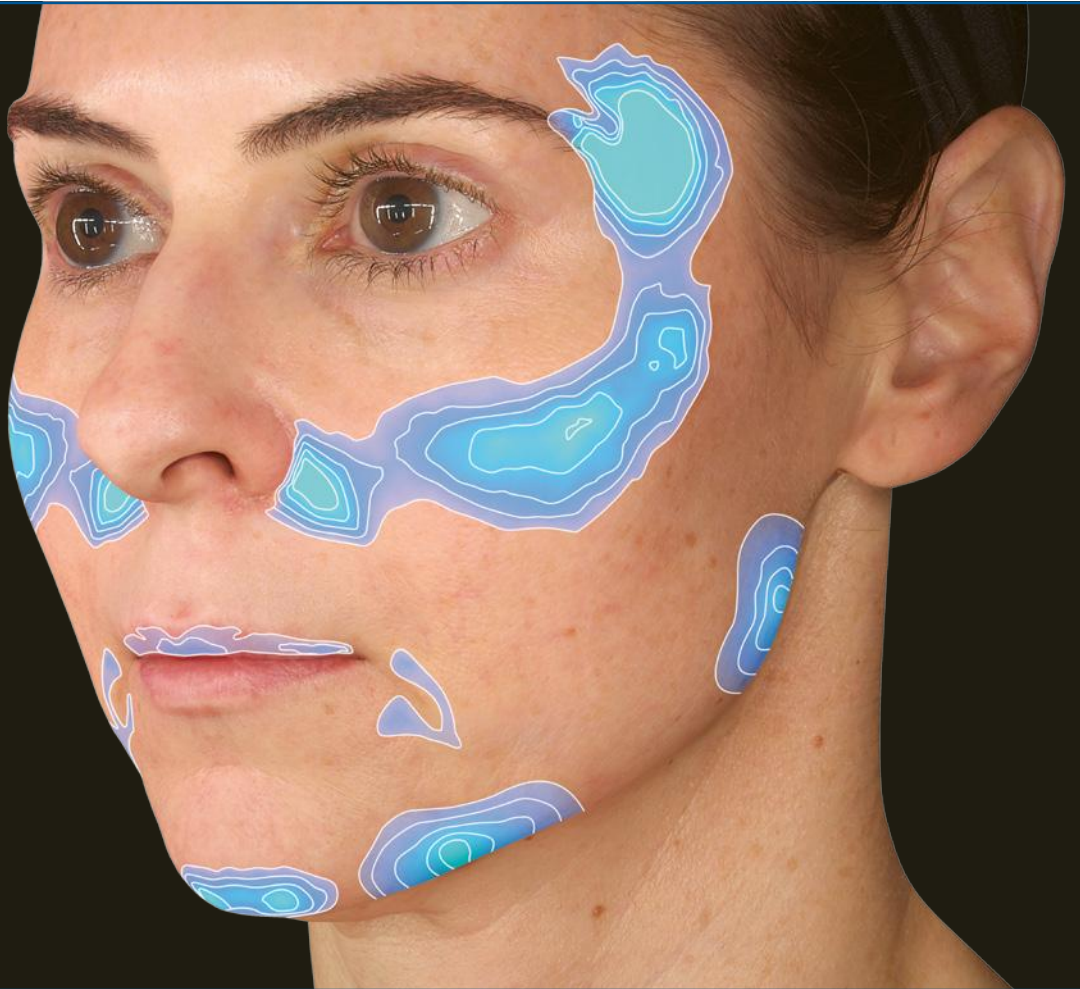
De verdere professionalisering van de esthetische gynaecologie zal naar verwachting gebaat zijn bij dergelijke multidisciplinaire samenwerkingen, waarbij niet de afzonderlijke specialismen maar de integrale zorg voor de patiënt het uitgangspunt vormt. **Cg**

VISIA®

Now in 3D

for **masterful** communication
and **effortless** conversions

More injectables,
more energy based
treatments, and,
of course,
VISIA Skin Analysis



The **only** system
with **instant** capture
delivering **3D**
with standard,
cross-polarized, and
UV lighting modes.

Includes video capture

IMAGING EXCELLENCE FROM
CANFIELD
www.canfieldsci.com

VISIA is a registered trademark of Canfield Scientific, Inc.

ADVERTORIAL

Healthy Future

**Een gezonde toekomst
begint vandaag**

Gezondheid, energie,
zelfstandigheid
en zelfvertrouwen -
in iedere levensfase.

Hormonen zijn een
essentieel onderdeel van
gezond ouder worden.



Gezond ouder
worden begint met
een sterke basis en
aandacht voor de
vrouw als geheel

Hormonen & gezondheid

Hormonen zijn krachtige biologische boodschappers die invloed hebben op vrijwel ieder systeem in het lichaam, waaronder stofwisseling, slaap, stemming, cardiovasculaire gezondheid, botdichtheid, spiermassa, cognitieve functies en de gezondheid van de huid. Tijdens de perimenopauze en menopauze kunnen veranderende niveaus van oestrogeen, progesteron en testosteron daarom veel meer beïnvloeden dan alleen de menstruatiecyclus.

Klachten zoals een verstoorde nachtrust, verminderde energie, brain fog en veranderingen in de lichaamssamenstelling worden soms afgedaan als onvermijdelijke tekenen van ouder worden. Toch kunnen deze signalen waardevolle informatie geven over de bredere metabole en hormonale gezondheid. Daarom is het belangrijk niet ieder symptoom afzonderlijk te behandelen, maar naar de vrouw als geheel te kijken.

Een sterke basis

Gezond ouder worden begint bij een sterke basis. Krachttraining helpt om spiermassa en botten te behouden, terwijl voldoende eiwitten het herstel en een gezonde stofwisseling ondersteunen. Herstellende slaap, stressregulatie, voedzame voeding, betekenisvolle sociale contacten en regelmatige beweging beïnvloeden hoe goed het lichaam zich aanpast aan hormonale veranderingen.

Ook het monitoren van bloeddruk, cholesterol, glucoseregulatie en lichaamssamenstelling kan helpen risico's vroegtijdig te signaleren. Hormoontherapie kan voor sommige vrouwen geschikt zijn na een individuele medische beoordeling. Hormonen zijn echter geen op zichzelf staande oplossing, maar passen het best binnen een gepersonaliseerde aanpak met aandacht voor leefstijl, metabole gezondheid en preventie op lange termijn.

THE MENOPAUSE AWARDS 2026

Award winning Menopause Skin
Product/Treatment

Croma Pharma UK - PolyPhil
Injectable Polynucleotides



“Een van de meest veelbelovende ontwikkelingen binnen de longevity-geneeskunde is de verschuiving van reactieve zorg naar het actief creëren en behouden van gezondheid. De levensfase rond de middelbare leeftijd is niet het begin van achteruitgang. Het is juist een krachtig moment om het lichaam beter te begrijpen, de basis te versterken en bewust te investeren in de komende decennia - met helderheid en vertrouwen.”

**Dr. Mayoni Gooneratne - Functional Medicine and Integrative
Aesthetics Physician Executive Medical**



Tekst: Jeannette Hessles, MSc cosmetisch arts KNMG Anti-aging and preventive medicine

Voeding



Voeding is van groot belang voor zowel onze fysieke als mentale gezondheid. Voeding zorgt voor de energiebehoefte van het lichaam, zorgt mede voor het goed functioneren van het immuunsysteem en de darmen, en draagt in belangrijke mate bij aan de 'quality of life'. Niet alleen omdat goede voeding een gevoel van welbevinden geeft en de gezondheid bevordert, maar ook omdat samen eten een belangrijke sociale functie vervult.

Over voeding wordt veel geschreven en veel gesproken. Het lijkt daarbij vaak alsof de wereld verdeeld is in verschillende 'kampen' die met verve hun standpunten verdedigen. Zo zijn er fervente aanhangers van het ketogeen dieet, anderen zijn 'fan' van een veganistische voedings- en leefstijl en weer andere groepen zijn van mening dat een mens niet zonder dierlijke eiwitten kan. Zet een paar aanhangers van verschillende voedingspatronen bij elkaar en je kunt rekenen op een verhitte discussie.

Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van voeding op de gezondheid is belangrijk maar uitermate ingewikkeld. We onderscheiden hierin epidemiologische en klinische studies.¹ In epidemiologisch onderzoek is het lastig onderscheid te maken tussen oorzaken en correlaties. Bij klinische studies is het probleem dat het volgen van een bepaald dieet niet altijd consequent wordt doorgezet en controlegroepen vaak een te divers voedingspatroon hebben om conclusies te kunnen trekken uit de resultaten van een dergelijk onderzoek. Een belangrijke vorm van wetenschappelijk onderzoek, het gerandomiseerde, placebogecontroleerde dubbelblinde onderzoek, is voor voeding eigenlijk niet uitvoerbaar.²

Over het feit dat voeding, zowel wat hoeveelheid als samenstelling betreft, een belangrijke rol speelt bij het vertragen van veroudering en van het begin van verouderingsgerelateerde ziekten, lijkt men het wel eens. Maar over welke voeding gaat het dan? In welke hoeveelheid? Wat is de verdeling tussen de verschillende macronutriënten? Welke voeding hoort bij een positive aging-leefstijl? Het antwoord op deze vragen is niet eenvoudig te geven. Dit artikel beoogt wat meer inzicht in verschillende aspecten van voeding te geven, zonder een standpunt in te nemen.

Voeding nader bekeken:

1. Macronutriënten

De meest elementaire macronutriënten in voeding zijn koolhydraten, eiwitten en vetten.

Koolhydraten

Koolhydraten zijn de belangrijkste energiebron voor het lichaam. Ze worden afgebroken tot glucose, waardoor in de cellen energie als ATP vrijgemaakt wordt. De glucosespiegel wordt gereguleerd door het hormoon insuline, wat in reactie op een stijging van de spiegel wordt afgescheiden door de pancreas. Insuline zorgt voor opname van glucose door de cellen waardoor de glucosespiegel daalt. Een teveel aan glucose in het bloed dat niet onmiddellijk gebruikt kan worden, wordt opgeslagen in de lever en het spierweefsel als glycogeen of wordt in het vetweefsel opgeslagen als vet.

We weten inmiddels dat een langdurig verhoogde glucose-spiegel en/of het zeer regelmatig optreden van glucosepieken in het bloed een risico vormen voor het ontstaan van diabetes mellitus type 2. En dat diabetes mellitus type 2 de kans op hart- en vaatziekten, kanker en dementie verhoogt.^{3,4}

Voor positive aging is het van belang om de glucosespiegels gedurende de dag zo constant mogelijk te houden, om het risico op verouderingsgerelateerde ziekten te verminderen.

Elk individu reageert anders op inname van verschillende vormen van koolhydraten, afhankelijk van onder andere de mate van lichamelijke activiteit, maar ook van erfelijke aanleg. Het kan van voordeel zijn om gedurende een paar weken wat vaker de glucosespiegels te meten om het effect van inname van verschillende voedingsmiddelen en van inspanning te bepalen. Dit kan heel eenvoudig door meerdere malen daags middels een vingerprik en een glucosemeter de glucosespiegel te bepalen, of door gebruik te maken van een continue glucosemonitor waarbij met behulp van een sensor op elk gewenst moment van de dag de glucosespiegels geregistreerd kunnen worden.⁵⁻⁸

Met deze methodes kan de persoonlijke reactie op verschillende voedingsmiddelen en de veranderde glucosespiegel bij inspanning gemeten worden, en kunnen de voedingskeuzes aangepast worden naargelang van de uitkomsten. De een zal na het eten van bijvoorbeeld een banaan een behoorlijke piek van de glucosespiegel waarnemen, terwijl bij een ander een banaan de glucosespiegel vrijwel niet doet stijgen. Ook wordt vaak het matigende effect op de bloedsuikerspiegels

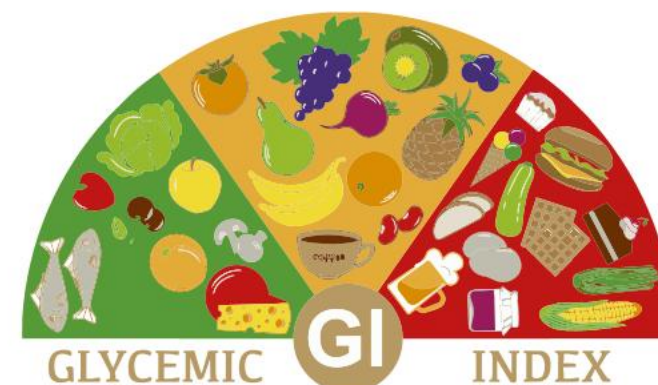


Fig. 1
Indeling van de verschillende voedingsmiddelen naar glycemische index
In het groen de voedingsmiddelen met een lage glycemische index, in het oranje de voedingsmiddelen met een gemiddelde glycemische index en in het rood de voedingsmiddelen met een hoge glycemische index.

van lichaamsbeweging vlak na een koolhydraatrijke maaltijd waargenomen. Een andere interessante waarneming is dat een nacht slecht slapen de glucosetolerantie enorm doet afnemen. Ook stress vormt een bedreiging voor gezonde bloedsuikerspiegels.

Niet alle koolhydraten zijn gelijk; we onderscheiden snelle en complexe koolhydraten. De snelle koolhydraten (snelle suikers, witte rijst, witte pasta en bewerkte suikers zoals bijvoorbeeld die in koekjes en chips) geven een snelle en hoge glucosepiek. De meer complexe koolhydraten (peulvruchten, aardappelen en volkoren granen) en voeding waarin de koolhydraten vergezeld gaan van vezels (fruit en groenten) geven een gematigde stijging van de glucosespiegels. Het effect op het stijgen van de glucosespiegels staat bekend als de glycemische index van de verschillende voedingsmiddelen (zie figuur 1). Voedingsmiddelen met een lage glycemische index laten de bloedglucosespiegels niet of nauwelijks stijgen, de voedingsmiddelen met een hoge glycemische index zorgen voor een piek in de bloedglucosespiegels.⁹

Het moge duidelijk zijn dat voedingsmiddelen die voornamelijk uit vet en/of eiwitten bestaan geen impact hebben op de bloedsuikerspiegels.

Eiwitten

Eiwitten dienen niet als een bron van energie maar zijn de bouwstenen van ons lichaam, met name voor de spieren en een groot aantal van de hormonen. Ze spelen een belangrijke rol bij weefselherstel, spiergroei, de immuunfunctie en de productie van enzymen.

Eiwitten zijn opgebouwd uit verschillende combinaties van aminozuren waarvan er 20 bekend zijn. Sinds kort is er sprake van de ‘ontdekking’ van een 21e aminozuur, selenocysteïne.¹⁰ 9 van de aminozuren zijn ‘essentiële’ aminozuren, wat betekent dat het lichaam ze niet zelf kan aanmaken en ze daarom via de voeding opgenomen moeten worden. Het betreft de aminozuren phenylalanine, valine, threonine, tryptofaan, isoleucine, methio-nine, histidine, lysine en leucine. Eiwitten komen voor in veel verschillende voedingsmiddelen, zoals vlees, gevogelte, vis, zuivel en eieren, maar ook in groenten, noten, zaden en peulvruchten.

Wat betreft de ideale hoeveelheid eiwitten in de voeding voor een lang en gezond leven zijn de meningen verdeeld. Uit veel onderzoek naar veroudering bij gisten, wormen en muizen komt naar voren dat een dieet met een laag eiwitgehalte (met name een laag aantal specifieke aminozuren zoals methionine, leucine, isoleucine en valine) het leven verlengt.^{11,12} Dit hangt samen met een daling van het IGF1 (Insulin-like Growth Factor 1, een groeifactor) en een daling van mTOR (mammalian target of rapamycin, een groeifactor vooral voor spiergroei). Ook zorgt voeding die laag in eiwitten is voor een verlaging van de insulinespiegel en vermindering van de insulineresistentie.¹³ Of dit mechanisme ook precies zo werkt bij mensen, is onderwerp van veel onderzoek.

Het lijkt erop dat het bij mensen jonger dan 65 jaar van voordeel kan zijn om minder eiwitten te eten, terwijl bij mensen boven 65 jaar juist een hogere eiwitinname gewenst is.

Het lijkt er ook op dat de origine van de eiwitten (van plantaardige of dierlijke afkomst) een verschil maakt, waarbij de eiwitten van plantaardige afkomst een positiever effect hebben op de gezondheid dan die van dierlijke afkomst.¹³ Veel gehoorde kritiek op diëten met een laag eiwitgehalte is dat het behoud van voldoende spiermassa en de botgezondheid in het gedrang komt. Een groot probleem bij veroudering is het optreden van sarcopenie en osteoporose met alle gevolgen voor mortaliteit en morbiditeit van dien. Het eten van voldoende eiwitten gecombineerd met krachttraining kan deze processen een halt toeroepen of omkeren.¹⁴

Hoeveel eiwitten zou een mens dan idealiter nodig hebben? Dat is per persoon verschillend en afhankelijk van lichaams-gewicht, geslacht, mate van activiteit en leeftijd. De minimum eiwitbehoefte bedraagt 0,8 g eiwit per kg lichaamsgewicht. De meeste richtlijnen voor actieve personen komen uit tussen 1,2 en 1,6 g eiwit per kg lichaamsgewicht. Deze hoeveelheid dient verspreid over de dag in 3 of 4 porties genomen te worden. Het lijkt erop dat oudere mensen in verhouding meer eiwit nodig hebben vanwege het principe van ‘anabolic resistance’, waardoor het voor hen lastiger is om spiermassa op te bouwen.

Heb je dierlijk eiwit nodig om aan de eiwitbehoefte van het lichaam te voldoen? Zeker niet, echter het eiwit afkomstig van plantaardige bronnen is minder makkelijk beschikbaar voor de mens vanwege de grote hoeveelheden groenten en peulvruchten die geconsumeerd dienen te worden om in de eiwitbehoefte te voorzien. Ook is de distributie van aminozuren minder ideaal dan bij dierlijk eiwit. Plantaardig eiwit bevat van nature minder van de aminozuren leucine, lycine, methionine en tryptofaan, waardoor de eiwitsynthese lastiger wordt. Men dient van plantaardige eiwitten over het algemeen meer te eten dan van dierlijke eiwitten, of de ontbrekende aminozuren aan te vullen. Vooral het aanvullen van leucine lijkt bij voeding van plantaardige origine een goed idee, zeker wanneer men spiermassa wil opbouwen. Leucine is het aminozuur wat, als het in voldoende hoeveelheid aanwezig is in de voeding, het sein voor spieropbouw geeft door activatie van mTOR.¹²

Vetten

Vetten kunnen dienen als energiebron, ondersteunen de opname van vetoplosbare vitaminen, zijn voorlopers van veel van onze hormonen en maken deel uit van de celmembraan. Er is in het verleden in voedingsrichtlijnen veel gehamerd op het belang van weinig vet in de voeding. Vetten, en met name cholesterol in de voeding, zouden de oorzaak zijn van veel ouderdomsgerelateerde ziekten zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en kanker. Naar aanleiding van dergelijke richtlijnen verschoof de balans in de voeding naar meer koolhydraten, met als gevolg juist een toename van obesitas, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten.¹⁵

De waarheid ligt ook hier in het midden; in een gezond voedingspatroon nemen vetten een belangrijke plaats in.^{16,17}

- + **Verzadigde vetten** (vast bij kamertemperatuur, meestal van dierlijke afkomst maar ook te vinden in producten van plantaardige herkomst, zoals kokosolie en palmolie). Bij sommige mensen kan het eten van te veel verzadigde vetten het LDL-cholesterolgehalte doen stijgen.
- + **Enkelvoudig onverzadigde vetten** (vloeibaar bij kamertemperatuur, meestal van plantaardige afkomst, bijvoorbeeld olijfolie, avocado, hazelnoten en amandelen)¹⁸
- + **Meervoudig onverzadigde vetten** (vloeibaar bij kamertemperatuur). In deze groep vinden we ook de essentiële vetzuren die ons lichaam niet kan maken en derhalve in de voeding dienen voor te komen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen omega 3- en omega 6-vetzuren. Omega 3-vetzuren kunnen nog verder onderverdeeld worden in EPA (eicosapentaeenzuur) en DHA (docosahexaeenzuur) van mariene afkomst zoals algen, zalm etc., en ALA (alfalinoleenzuur) van plantaardige origine zoals zaden en noten. Van omega 3-vetzuren weten we inmiddels dat zij een belangrijke functie vervullen bij het verminderen van laaggradige ontstekingen en dat zij in de westerse voeding over het algemeen onvoldoende voorkomen.^{19,20} Omega 6-vetzuren komen veelvuldig in onze voeding voor, meestal in dierlijke producten (denk hierbij aan dieren die met graan gevoerd worden in plaats van gras),

en bevorderen juist laaggradige ontstekingen. De ratio tussen omega 3- en omega 6-vetzuren in onze voeding is tegenwoordig verschoven in de richting van te veel omega 6. Door in verhouding meer voeding rijk aan omega 3-vetzuren te consumeren en waar nodig een omega 3-supplement (visolie, algenolie, krillolie) toe te voegen, kan de balans weer in de goede richting teruggebracht worden.

+ **Transvetten** (geharde vetten). Deze worden kunstmatig gemaakt en beschouwd als zeer ongezond. We vinden transvetten nog steeds in margarine, koek, gebak en veel gefrituurde producten.

Over de optimale onderlinge verdeling tussen de verschillende macronutriënten zijn de meningen verdeeld. De voorstanders van een laagewitvoedingspatroon eten in verhouding meer koolhydraten en vetten dan de aanhangers van voeding met een hogere eiwitinname. Ook is de behoefte aan de verschillende macronutriënten per persoon verschillend. Een langeafstandloper heeft meer behoefte aan koolhydraten voor zijn of haar verbranding dan iemand met een voorname-lijk zittende leefstijl.²¹



2. Micronutriënten

Dit zijn stoffen die het lichaam in kleinere hoeveelheden nodig heeft. We onderscheiden vitamines, mineralen en sporenelementen:

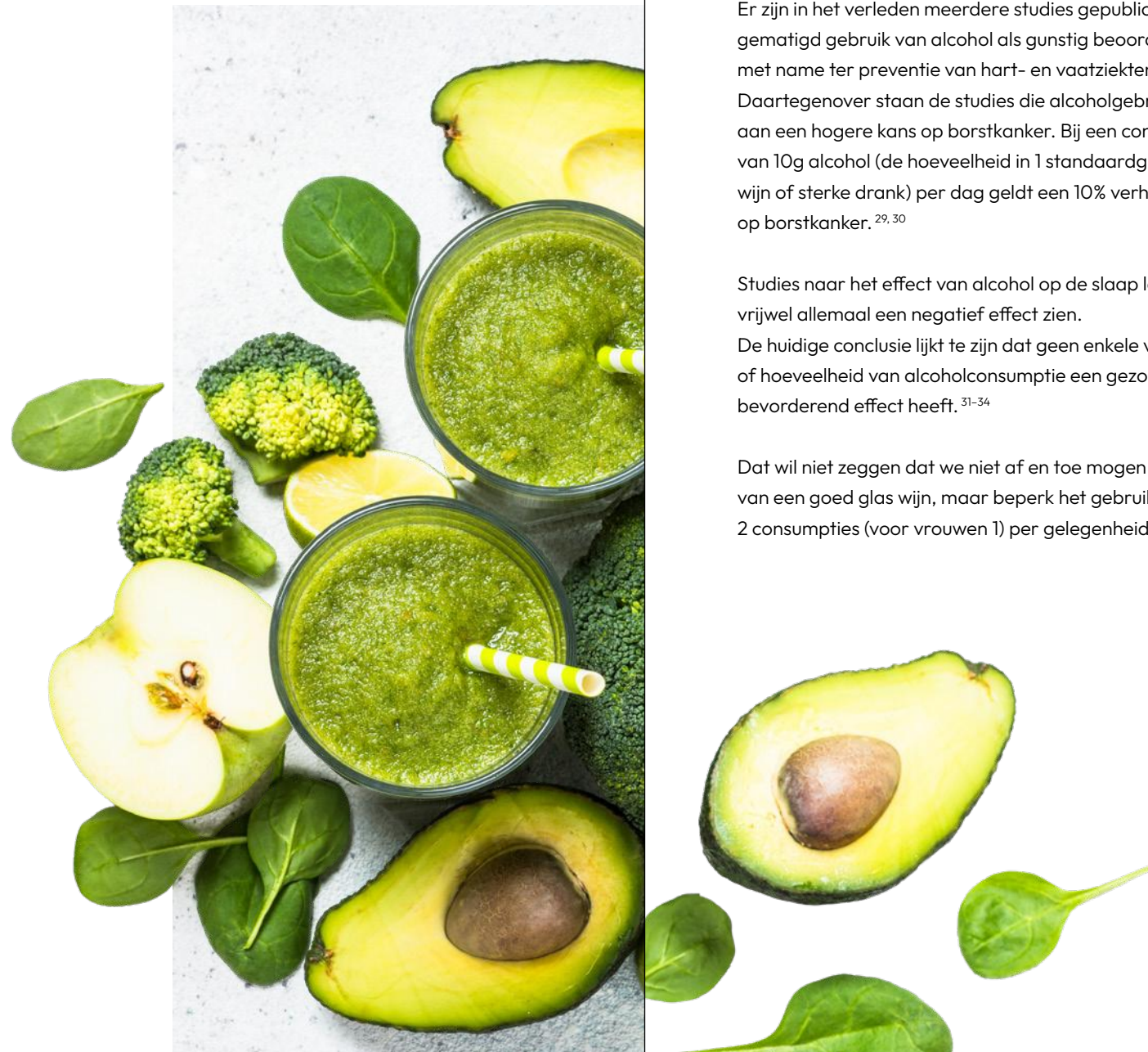
- + de belangrijkste vitamines zijn A, B (B1 t/m B12), C, D, E en K,
- + de belangrijkste mineralen zijn calcium, ijzer, zink, magnesium, jodium, selenium en kalium,
- + de belangrijkste sporenelementen zijn koper, chroom, selenium, mangaan en fluor.

Deze micronutriënten zijn essentieel voor de verschillende stofwisselingsprocessen en dragen bij aan de gezondheid op langere termijn^{22, 23, 24} onder andere door:

- + **Antioxidantwerking:** veel micronutriënten, zoals de vitamines C en E en mineralen zoals selenium en zink, fungeren als antioxidanten. Ze helpen vrije radicalen te neutraliseren en oxidatieve stress te verminderen. Oxidatieve stress is een van de factoren die bijdragen aan veroudering.
- + **DNA en celbescherming:** een aantal micronutriënten, zoals foliumzuur, speelt een rol bij het behoud van de integriteit van DNA en helpt bij celdeling en -reparatie.
- + **Effect op het immuunsysteem:** veel micronutriënten, zoals vitamine D, C en zink, zijn essentieel voor de werking van het immuunsysteem.²⁵ Veroudering van het immuunsysteem is een van de 'hallmarks of aging'.
- + **Invloed op botgezondheid:** calcium, de vitamines D en K en nog een aantal andere mineralen en sporenelementen zijn belangrijk voor het onderhouden van een goede botgezondheid en het voorkomen van osteopenie en osteoporose.
- + **Bijdrage aan de huidgezondheid:** micronutriënten zoals vitamine A, C en E dragen bij aan een gezonde huid door deze te beschermen tegen de schadelijke werking van uv-licht en door het bevorderen van de productie van collageen, een belangrijke bouwstof die de huid haar stevigheid en elasticiteit geeft.²⁶

Een uitgebalanceerd dieet met een verscheidenheid aan voedingsmiddelen is de beste manier om voldoende micronutriënten binnen te krijgen. Het kan interessant zijn om eens een bloedmineraalanalyse te laten verrichten om eventuele tekorten of een teveel aan micronutriënten vast te stellen. Zo nodig kan dan gericht een voedingssupplement worden geadviseerd.

Bij langdurig gebruik van onvoldoende uitgebalanceerde voedingssupplementen kunnen van bepaalde micronutriënten te hoge serumspiegels ontstaan. Wat bijvoorbeeld nog wel eens voorkomt, is een te hoog vitamine B6-gehalte, wat op den duur klachten kan geven van neurologische aard.



3. Alcohol

Alcohol verdient in dit artikel een eigen plaats naast de macronutriënten en micronutriënten, omdat het relatief vaak en veel geconsumeerd wordt en een belangrijk effect op het metabolisme heeft. Bovendien is het behoorlijk calorierijk en levert het uitsluitend 'lege' calorieën. Zeer regelmatig gebruik van alcohol kan leiden tot gewichtstoename, risico op hypertensie, alcoholische leververvetting en -cirrose en cognitieve achteruitgang.

Er zijn in het verleden meerdere studies gepubliceerd die gematigd gebruik van alcohol als gunstig beoordeelden, met name ter preventie van hart- en vaatziekten.^{27, 28} Daartegenover staan de studies die alcoholgebruik relateren aan een hogere kans op borstkanker. Bij een consumptie van 10g alcohol (de hoeveelheid in 1 standaardglas bier, wijn of sterke drank) per dag geldt een 10% verhoogd risico op borstkanker.^{29, 30}

Studies naar het effect van alcohol op de slaap laten vrijwel allemaal een negatief effect zien.

De huidige conclusie lijkt te zijn dat geen enkele vorm of hoeveelheid van alcoholconsumptie een gezondheid bevorderend effect heeft.³¹⁻³⁴

Dat wil niet zeggen dat we niet af en toe mogen genieten van een goed glas wijn, maar beperk het gebruik tot maximaal 2 consumpties (voor vrouwen 1) per gelegenheid.

Nutriëntdetectie door het lichaam:

Er bestaat een complex systeem in het lichaam waarmee cellen en weefsels veranderingen in de beschikbaarheid van nutriënten detecteren en op basis daarvan metabolisme, groei en veroudering reguleren.³⁵

Onderdelen van dit systeem zijn onder andere:

- + **mTOR** (mammalian target of rapamycin): dit is een regelaar van celgroei en proliferatie die actief is in de aanwezigheid van aminozuren, vooral de BCAA's (Branched Chain Amino Acid: leucine, isoleucine en valine).^{21, 36}
- + **AMPK** (AMP activated protein kinase): dit is een sensor die geactiveerd wordt wanneer de cellulaire energieniveaus laag zijn, bijvoorbeeld tijdens lichaamsbeweging en caloriebeperking. Het lichaam gaat hierdoor in de 'spaarstand', d.w.z. energieconsumerende processen (zoals bijvoorbeeld spiergroei) worden geremd en energieproducerende processen (waarbij ATP wordt vrijgemaakt) worden verbeterd.^{21, 37}
- + **Insuline/IGF-1:** insuline speelt een belangrijke rol bij de glucoseregulatie en bevordert de opname van glucose in spieren en vetweefsel. Insuline wordt afgescheiden bij een verhoging van de bloedglucosespiegel. Lage spiegels van insuline en IGF-1 worden geassocieerd met verlenging van zowel healthspan als lifespan.²¹
- + **Sirtuinen** (met name SIRT1 en SIRT3): de sirtuinen worden geactiveerd als reactie op caloriebeperking en bevorderen onder andere de reparatie van DNA.
- + **Nrf2** (Nuclear Factor Erythroid 2-related factor 2): dit is een transcriptiefactor die reageert op oxidatieve stress in de weefsels en de expressie van antioxidanten stimuleert om het lichaam te beschermen tegen oxidatieve schade.
- + **PPARs** (Peroxisome Proliferator Activated Receptors): deze receptoren worden geactiveerd door vetzuren en spelen een rol in de opname, de opslag en het gebruik van vetten.

Deze verschillende mechanismen zijn onderling verbonden en werken samen om metabole reacties op veranderingen in de beschikbare voedingsstoffen te reguleren. Een verstoring van deze mechanismen of een verschuiving van de balans kan onder andere leiden tot metabole stoornissen (obesitas, diabetes) en kanker.

Voedingspatronen:

Er zijn veel verschillende voedingspatronen en voedingsgewoontes mogelijk, afhankelijk van persoonlijke voorkeuren, individuele gezondheidsdoelen en culturele achtergrond.

1. Caloric Restriction

Het verminderen van de dagelijkse calorie-inname. Bij een constant gewicht is er sprake van een evenwicht tussen het aantal genuttigde calorieën en het verbruik ervan. In geval van overgewicht is er een disbalans en zal het teveel aan genuttigde calorieën ten opzichte van het verbruik zijn weg vinden naar het vetweefsel en neemt het lichaamsgewicht toe.

Wanneer men in zo'n geval wat gewicht wil verliezen, is het verminderen van de dagelijkse calorie-inname verreweg het meest effectief. Stel daarbij eerst de dagelijkse inname van calorieën vast door alle genuttigde voeding te registreren (bijvoorbeeld in speciaal daarvoor ontwikkelde apps) en daarna aan te passen tot het gewenste aantal calorieën is bereikt. Door dit enige tijd op deze manier bij te houden, ontstaat een steeds beter beeld van wat er per dag genuttigd kan worden zonder dat aantal te overschrijden. In principe maken de voedselkeuzes hierbij niet uit, er kan gegeten worden wat men wil. Een dieet van 1500 calorieën bestaand uit chocoladerepen zal echter een minder prettig en gevuld gevoel opleveren dan wanneer er gekozen wordt voor kipfilet, rijst en broccoli.

Niet alleen op het gebied van gewichtsreductie is calorie-beperking een goede methode, het levert ook een belangrijke bijdrage aan positive aging.

Het is inmiddels meer dan duidelijk geworden dat overgewicht een belangrijk oorzakelijke factor is voor veel chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en kanker. 'Caloric restriction without malnutrition' is een veel onderzochte methode voor het verlengen van zowel 'health span'

Een gezond voedingspatroon omvat een evenwichtige inname van alle noodzakelijke voedingsstoffen en is voornamelijk gebaseerd op volwaardige voedingsmiddelen. De verschillende voedingspatronen kunnen gebruikmaken van een of meer van deze drie principes: CR (Caloric Restriction), DR (Dietary Restriction) en TR (Time Restriction).

als 'life span'. Uit onderzoek bij gisten, wormen, fruitvliegen en knaagdieren blijkt steeds opnieuw dat wanneer de dieren minder aten, zij beduidend langer leefden en gezonder waren.¹³ Bij studies naar het effect van CR op 'health span' en 'life span' bij resusapen zijn de resultaten minder duidelijk en ook de resultaten van studies naar het effect van CR op het langer en gezonder leven van mensen lijken niet sluitend.^{38, 39} De balans tussen de verschillende macronutriënten speelt een belangrijke rol. De vraag is of calorische restrictie of eiwit restrictie de belangrijkste factor is voor het effect op healthspan en lifespan.²¹

Recent werden de resultaten van de CALERIE phase 2-studie gepubliceerd. In deze tweede fase van de CALERIE-studie naar het effect van caloric restriction bij de mens is een 24 maanden durend gerandomiseerd onderzoek gedaan waarbij de personen in de studie gemiddeld ongeveer 11% calorische restrictie toepasten. De controlegroep kon eten zonder calorische beperkingen. Na deze periode werd in de onderzoeksgroep onder andere verbetering gezien van de insulineresistentie, de cholesterolwaarden en een aantal cognitieve functies ten opzichte van de controlegroep. Het lichaamsgewicht nam af, zoals te verwachten was, en de markers voor laaggradige ontstekingen verbeterden. De botdichtheid nam echter ook iets af ten opzichte van die van de controlegroep.⁴⁰

Er moet nog veel onderzoek worden gedaan naar de effecten van langdurige caloriebeperking bij de mens.⁴¹ De vraag of langdurige caloriebeperking een vol te houden strategie is, staat hier los van.

2. Dietary Restriction

Dit is het minder of niet eten van bepaalde onderdelen van de voeding, bijvoorbeeld het niet eten van dierlijke producten, het beperken van koolhydraten, het beperken van de hoeveelheid vet etc. Dietary restriction kan een persoonlijke voorkeur zijn, een culturele achtergrond hebben of een keuze zijn vanwege voedselovergevoeligheden of allergieën.

We zien ook regelmatig voorbeelden van dietary restriction die 'hip' zijn.

- + **Ketogeen dieet:** bij dit dieet wordt de dagelijkse hoeveelheid koolhydraten beperkt tot maximaal 50 g, de hoeveelheid eiwit tot ongeveer 1 g/kg lichaamsgewicht en de rest van het dieet bestaat uit vet. Het lichaam verbrandt bij dit dieet vrijwel uitsluitend vetzuren, waarbij ketonlichamen geproduceerd worden. Het lichaam bevindt zich bij dit dieet vrijwel voortdurend in 'ketose'. Behalve dat het dieet een gunstig effect heeft voor patiënten met epilepsie en het over het algemeen gewichtsvermindering bewerkstelligt, is het effect op de langetermijngezondheid nog onderwerp van discussie.⁴²⁻⁴⁴
- + **Koolhydraatbeperkt dieet:** bij dit dieet wordt de hoeveelheid koolhydraten beperkt, maar niet zodanig dat ketose wordt bereikt.
- + **Eiwitbeperkt en koolhydraatrijk dieet:** door het eten van weinig eiwit en/of beperking van inname van bepaalde aminozuren (methionine, leucine) vindt een reductie plaats van de spiegels van IGF1 (insulin-like growth factor 1), wat een lang leven lijkt te bevorderen. Lage eiwitinname is niet bevorderlijk voor mensen boven de 65 jaar; vanaf deze leeftijd is inname van meer eiwit gewenst om sarcopenie tegen te gaan.^{11, 45, 46}

3. Time restriction

Het beperken van eten tot bepaalde uren van de dag, of het om de dag of meerdere dagen per week vasten.

Er zijn verschillende manieren waarop deze methode toegepast kan worden.

- + **Intermittent Fasting (IF):** hieronder wordt verstaan het

- + **Vetarm dieet:** in het verleden werd een dieet met een laag gehalte aan vetten aangeraden om het cardiovasculaire risico te beperken. Daar is men van teruggekomen; de diëten met een laag vetpercentage bestonden uit in verhouding veel koolhydraten. Tegenwoordig worden vooral gezonde vetten geadviseerd: noten, zaden, avocado's, olijfolie.¹⁵
- + **Veganistische/vegetarische/pescotarische/pollotarische diëten:** in het veganistisch dieet worden in het geheel geen dierlijke producten gegeten; vegetariërs eten wel eieren, zuivel en daarvan afgeleide producten; pescotarieers eten naast eieren en zuivel ook verschillende soorten vis en zeevruchten; pollotariërs eten ook kip en gevogelte. Van deze diëten hebben het vegetarische, het pescotarische en pollotarische dieet het voordeel dat een eiwittekort (met onder andere sarcopenie en osteoporose tot gevolg) het minst voorkomt. Dit dieet geeft een vermindering van 'all cause mortality', als we het vergelijken met dat van vleeseters. Er wordt ook een vegetarische variant onderscheiden waarbij men wel af en toe vlees eet: het flexitarisch dieet.
- + **Glutenvrij dieet:** dit dieet bevat in het geheel geen gluten houdende voedingsmiddelen en wordt vrijwel uitsluitend voor de behandeling van coeliakie of glutenovergevoeligheid geadviseerd.
- + **Paleodieet:** dit dieet is gebaseerd op het eten van voedsel dat beschikbaar was voor onze prehistorische voorouders en bevat voornamelijk vlees, vis, noten, zaden, fruit en groenten. In dit dieet passen derhalve geen graanproducten.
- + **Mediterraan dieet:** dit dieet is gebaseerd op het traditionele voedingspatroon van landen rond de Middellandse Zee, met de nadruk op olijfolie, groenten, fruit, vis, granen en peulvruchten.^{46, 47}

regelmatig gedurende 24 of 36 uur vasten. Bijvoorbeeld 2 dagen per week vasten, 5 dagen per week normale voeding. Of om de dag vasten, of maandelijks drie dagen vasten.

- + **Time-restricted eating of Time-restricted feeding (TRF):** hierbij wordt de tijdsperiode waarbinnen gegeten wordt gedurende de dag beperkt. Bekende voorbeelden zijn 8/16

(eten gedurende 8 uur, niet eten gedurende 16 uur), 6/18 (eten gedurende 6 uur, niet eten gedurende 18 uur). In wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van deze methode bij mensen met overgewicht werd geen significante verbetering van glucose- en insulinespiegels gevonden. Er was een geringe gewichtsreductie, die voornamelijk bestond uit vermindering van de vetvrije massa.⁴⁸ Het bewijs dat time-restricted eating van voordeel is voor de gezondheid, dient nog geleverd te worden. Het tijdsbestek waarin gevast wordt, lijkt onvoldoende lang om autophagie te bewerkstelligen. Sommige onderzoeken suggereren dat time-restricted eating gunstige effecten kan hebben op het metabolisme, zoals verbetering van de insulinegevoeligheid en stabilisatie van bloedglucose en lipidenprofiel. Ook wordt wel aangenomen dat time-restricted eating laaggradige ontstekingen kan verminderen.⁴⁹ Er is nog veel onderzoek nodig naar de effecten van deze methode op de gezondheid op de lange termijn. Een en ander hangt natuurlijk samen met de kwaliteit en kwantiteit van de voeding die geconsumeerd wordt in de periode waarin gegeten wordt. De methode kan wel gebruikt worden om caloriebeperking te vergemakkelijken. Tenminste een periode van 12 uur vasten en 12 uur eten per dag lijkt voor de meeste mensen een goede richtlijn om het lichaam en het spijsverteringsstelsel voldoende tijd voor herstel te geven.⁴⁹

+ **Fasting mimicking diets:** dit betreft speciaal ontwikkelde diëten, plantaardig en sterk caloriebeperkt, met een looptijd van 5 dagen. Een dergelijk dieet, met als bekendste voorbeeld het Fasting Mimicking Diet van dr Valter Longo, kan een paar maal per jaar gevolgd worden. Het zorgt onder andere voor gewichtsverlies, verbeterde insulineresistentie en daling van de cholesterolwaarden. Tevens kan dit dieet ingezet worden om de respons op chemotherapie te verbeteren.^{13, 50}

Wanneer we vasten, levert dat positieve veranderingen in het lichaam op: insulinespiegels dalen, cholesterolspiegels dalen en na enige dagen vasten gaat het lichaam over op vetverbranding (ketose). Vasten geeft ook daling van mTOR, bevordert autophagie (het ‘opeten’ van senescente cellen) en stimuleert de cellulaire herstelmechanismen.⁵¹

Een keerzijde van vasten is dat de benodigde hoeveelheid eiwitten voor opbouw van spieren niet gehaald wordt, waardoor het gewichtsverlies voor een groot deel verlies van spieren is.

En zo leven we nog lang en gelukkig

Een positieve aging-voedingspatroon, voor een lang, gezond en gelukkig leven zal er voor iedereen verschillend uitzien. Er zijn wel een paar uitgangspunten die je mee kunt nemen bij het samenstellen van een dergelijk dieet.

1. Eet voedsel dat zo min mogelijk bewerkt is.
2. Vermijd snelle suikers; neem in plaats daarvan complexe koolhydraten.
3. Eet veel verschillende soorten groenten en fruit.
4. Zorg in geval van een actieve leefstijl en een leeftijd boven de 65 jaar voor voldoende eiwitten, zo tussen 1,2 en 1,6 g per kg lichaamsgewicht, verdeeld over 3 tot 4 porties.
5. Eet gezonde vetten, met name enkelvoudig en meervoudig onverzadigde (olijfolie, noten, zaden, avocado, vette vis).
6. Vermijd alcohol zo veel mogelijk.
7. Houd rekening met eventuele voedselovergevoeligheden.
8. Focus op kwaliteit, niet op kwantiteit. **cg**

Jeannette Hessels is cosmetisch arts KNMG met een MSc in Preventive and Anti Aging Medicine.

LITERATUUR

1. Mattes RD, Rowe SB, Ohlhorst SD, Brown AW, Hoffman DJ, Liska DJ, et al. Valuing the Diversity of Research Methods to Advance Nutrition Science. *Advances in Nutrition*. 2022;13(4).
2. Weaver CM, Miller JW. Challenges in conducting clinical nutrition research. *Nutr Rev*. 2017;75(7).
3. Ormazabal V, Nair S, Elfeky O, Aguayo C, Salomon C, Zuñiga FA. Association between insulin resistance and the development of cardiovascular disease. Vol. 17, *Cardiovascular Diabetology*. 2018.
4. Zhang AMY, Wellberg EA, Kopp JL, Johnson JD. Hyperinsulinemia in obesity, inflammation, and cancer. Vol. 45, *Diabetes and Metabolism Journal*. 2021.
5. Schubert-Olesen O, Kröger J, Siegmund T, Thurm U, Halle M. Continuous Glucose Monitoring and Physical Activity. Vol. 19, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022.
6. Chen C, Zhao XL, Li ZH, Zhu ZG, Qian SH, Flewitt AJ. Current and emerging technology for continuous glucose monitoring. Vol. 17, *Sensors (Switzerland)*. 2017.
7. Freckmann G, Pleus S, Grady M, Sefford S, Levy B. Measures of Accuracy for Continuous Glucose Monitoring and Blood Glucose Monitoring Devices. Vol. 13, *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2019.
8. Chehregosha H, Khamseh ME, Malek M, Hosseinpah F, Ismail-Beigi F. A View Beyond HbA1c: Role of Continuous Glucose Monitoring. Vol. 10, *Diabetes Therapy*. 2019.
9. Atkinson FS, Brand-Miller JC, Foster-Powell K, Buyken AE, Goletzke J. International tables of glycemic index and glycemic load values 2021: a systematic review. Vol. 114, *American Journal of Clinical Nutrition*. 2021.
10. Böck A, Forchhammer K, Heider J, Leinfelder W, Sawers G, Veprek B, et al. Selenocysteine: the 21st amino acid. Vol. 5, *Molecular Microbiology*. 1991.
11. Kitada M, Ogura Y, Monno I, Koya D. The impact of dietary protein intake on longevity and metabolic health. Vol. 43, *EBioMedicine*. 2019.
12. Babygirija R, Lamming DW. The regulation of healthspan and lifespan by dietary amino acids. Vol. 5, *Translational Medicine of Aging*. 2021.
13. Longo VD, Anderson RM. Nutrition, longevity and disease: From molecular mechanisms to interventions. Vol. 185, *Cell*. 2022.
14. Strasser B, Volaklis K, Fuchs D, Burtcher M. Role of dietary protein and muscular fitness on longevity and aging. Vol. 9, *Aging and Disease*. 2018.
15. Liu AG, Ford NA, Hu FB, Zelman KM, Mozaffarian D, Kris-Etherton PM. A healthy approach to dietary fats: Understanding the science and taking action to reduce consumer confusion. Vol. 16, *Nutrition Journal*. 2017.
16. Lawrence GD. Dietary fats and health: Dietary recommendations in the context of scientific evidence. Vol. 4, *Advances in Nutrition*. 2013.
17. Schwingshackl L, Zähringer J, Beyerbach J, Werner SW, Hesecker H, Koletzko B, et al. Total Dietary Fat Intake, Fat Quality, and Health Outcomes: A Scoping Review of Systematic Reviews of Prospective Studies. Vol. 77, *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2021.
18. Gaforio JJ, Visioli F, Alarcón-De-la-lastra C, Castañer O, Delgado-Rodríguez M, Fitó M, et al. Virgin olive oil and health: Summary of the iii international conference on virgin olive oil and health consensus report, JAEN (Spain) 2018. Vol. 11, *Nutrients*. 2019.
19. Fritsche KL. The Science of Fatty Acids and Inflammation. *Advances in Nutrition*. 2015;6(3).
20. Wardhana, Surachmanto ES, Datau EA. The role of omega-3 fatty acids contained in olive oil on chronic inflammation. Vol. 43, *Acta medica Indonesiana*. 2011.
21. Solon-Biet SM, Mitchell SJ, de Cabo R, Raubenheimer D, Le Couteur DG, Simpson SJ. Macronutrients and caloric intake in health and longevity. *Journal of Endocrinology*. 2015;226(1).
22. Shenkin A. Micronutrients in health and disease. Vol. 82, *Postgraduate Medical Journal*. 2006.
23. Chung M, Balk EM, Ip S, Raman G, Yu WW, Trikalinos TA, et al. Reporting of systematic reviews of micronutrients and health: A critical appraisal. Vol. 89, *American Journal of Clinical Nutrition*. 2009.
24. Hamid S, Waheed Q, Saleemullah S, Butt TM, Sarfaraz A, Salman R. Micronutrients and cardiovascular health. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2023;
25. Bendik I, Friedel A, Roos FF, Weber P, Eggersdorfer M. Vitamin D: A critical and essential micronutrient for human health. Vol. 5 JUL, *Frontiers in Physiology*. 2014.
26. Park K. Role of micronutrients in skin health and function. Vol. 23, *Biomolecules and Therapeutics*. 2015.
27. Suzuki K, Elkind MSV, Boden-Albala B, Jin Z, Berry G, Di Tullio MR, et al. Moderate alcohol consumption is associated with better endothelial function: A cross sectional study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2009;9.
28. Patel A, Figueredo VM. Alcohol and Cardiovascular Disease: Helpful or Hurtful. *Rev Cardiovasc Med*. 2023;24(4).
29. Liu Y, Nguyen N, Colditz GA. Links between alcohol consumption and breast cancer: A look at the evidence. Vol. 11, *Women's Health*. 2015.
30. Starek-Świechowicz B, Budziszewska B, Starek A. Alcohol and breast cancer. Vol. 75, *Pharmacological Reports*. 2023.
31. Bryazka D, Reitsma MB, Griswold MG, Abate KH, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, et al. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *The Lancet*. 2022;400(10347).
32. Becker CE. Alcohol and drug use - Is there a “safe” amount? Vol. 141, *Western Journal of Medicine*. 1984.
33. Feldman E. Alcohol use: No safe level. Vol. 22, *Integrative Medicine Alert*. 2019.
34. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. Vol. 392, *The Lancet*. 2018.
35. Efeyan A, Comb WC, Sabatini DM. Nutrient-sensing mechanisms and pathways. Vol. 517, *Nature*. 2015.
36. Hu X, Guo F. Amino Acid Sensing in Metabolic Homeostasis and Health. Vol. 42, *Endocrine Reviews*. 2021.
37. Rey V, Tamargo-Gómez I. From Kinases to Diseases: Investigating the Role of AMPK in Human Pathologies. *Kinases and Phosphatases*. 2023;1(3).
38. Mendelsohn AR, Larrick JW. Dietary restriction: Critical co-factors to separate health span from life span benefits. Vol. 15, *Rejuvenation Research*. 2012.
39. Cox LS, Mattison JA. Increasing longevity through caloric restriction or rapamycin feeding in mammals: Common mechanisms for common outcomes? Vol. 8, *Aging Cell*. 2009.
40. Dorling JL, Van Vliet S, Huffman KM, Kraus WE, Bhapkar M, Pieper CF, et al. Effects of caloric restriction on human physiological, psychological, and behavioral outcomes: Highlights from CALERIE phase 2. *Nutr Rev*. 2021;79(1).
41. Caristia S, De Vito M, Sarro A, Leone A, Pecere A, Zibetti A, et al. Is caloric restriction associated with better healthy aging outcomes? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Vol. 12, *Nutrients*. 2020.
42. Ramsey J. Ketogenic diets, nutrient signaling and mitochondria. *Free Radic Biol Med*. 2021;165.
43. Alhamzah SA, Gatar OM, Alruwaili NW. Effects of ketogenic diet on oxidative stress and cancer: A literature review. Vol. 7, *Advances in Cancer Biology - Metastasis*. 2023.
44. Roberts MN, Wallace MA, Tomilov AA, Zhou Z, Marcotte GR, Tran D, et al. A Ketogenic Diet Extends Longevity and Healthspan in Adult Mice. *Cell Metab*. 2017;26(3).
45. Brandhorst S, Longo VD. Protein Quantity and Source, Fasting-Mimicking Diets, and Longevity. Vol. 10, *Advances in Nutrition*. 2019.
46. Capurso C. Whole-grain intake in the mediterranean diet and a low protein to carbohydrates ratio can help to reduce mortality from cardiovascular disease, slow down the progression of aging, and to improve lifespan: A review. *Nutrients*. 2021;13(8).
47. Septiadi E, Rakhmat II, Handayani DR, Nugraha RF, Faradina MA, Rohman NM, et al. Characteristics, Nutritional Status, and Blood Sugar Levels of Type 2 Diabetes Mellitus with Mediteranian Diet. In: *Proceedings of the 12th Annual Scientific Meeting, Medical Faculty, Universitas Jenderal Achmad Yani, International Symposium on “Emergency Preparedness and Disaster Response during COVID 19 Pandemic” (ASMC 2021)*. 2021.
48. Lowe DA, Weiss EJ, Olgin JE, Vittinghoff E, Shepherd JA, Heymsfield SB, et al. MON-LB107 Treat: A Randomized Controlled Trial Examining the Effects of Time Restricted Eating on Weight Loss and Metabolic Markers. *J Endocr Soc*. 2020;4(Supplement_1).
49. Hu D, Xie Z, Ye Y, Bahjri S, Chen M. The beneficial effects of intermittent fasting: an update on mechanism, and the role of circadian rhythm and gut microbiota. *Hepatobiliary Surg Nutr*. 2020;9(5).
50. Longo V. PERIODIC FASTING MIMICKING DIET, LONGEVITY, AND DISEASE. *Innov Aging*. 2022;6(Supplement_1).
51. Longo VD, Mattson MP. Fasting: Molecular mechanisms and clinical applications. Vol. 19, *Cell Metabolism*. 2014.



Tekst: drs. Pascal Meijer cosmetisch arts KNMG

RADIESSE® en huid- regeneratie

nieuwe inzichten in extracellulaire-
matrixremodellering



Nieuwe humane studie laat zien dat calciumhydroxylapatiet niet alleen collageen stimuleert, maar mogelijk een bredere remodeling van de extracellulaire matrix ondersteunt

De biostimulator RADIESSE® krijgt een steeds prominentere plaats binnen de regeneratieve esthetische geneeskunde. Waar de werking traditioneel vooral wordt gekoppeld aan stimulatie van collageen en elastine, wijst nieuw onderzoek op een breder biologisch effect. Een recent gepubliceerde humane studie onderzocht gedurende zes maanden verschillende componenten van de extracellulaire matrix ECM na behandeling met calciumhydroxylapatiet CaHA, het werkzame bestanddeel van RADIESSE®.

De resultaten zijn interessant voor de cosmetisch arts, omdat zij suggereren dat de werking van CaHA zich niet beperkt tot collageenaanmaak, maar gepaard gaat met veranderingen in meerdere structurele en functionele componenten van de huid.

Van filler naar biostimulator

RADIESSE® en RADIESSE®+ zijn injecteerbare producten op basis van calciumhydroxylapatiet. Naast hun directe volumiserende eigenschappen is al langer bekend dat CaHA een biostimulerend effect kan hebben. In eerder onderzoek zijn onder meer veranderingen in collageen- en elastine-productie beschreven.

De nieuwe studie bouwt daarop voort door niet één afzonderlijk eiwit te onderzoeken, maar verschillende componenten van de ECM in samenhang te evalueren. De ECM vormt een complex netwerk dat de mechanische eigenschappen, structuur en hydratatie van de huid mede bepaalt. Collageen zorgt daarbij vooral voor stevigheid en structuur, terwijl elastine een belangrijke rol speelt bij elasticiteit. Proteoglycanen en matrixeiwitten zoals decorin en versican zijn betrokken bij onder meer de organisatie van de matrix, cel-matrixinteracties en de regulatie van weefselhydratatie.

www.businesswire.com/news/home/20260527624878/en/New-Research-Shows-RADIESSE-Supports-Substantial-Regeneration-of-Collagen-and-Key-Extracellular-Matrix-Proteins

Humane biomarkerstudie

De zes maanden durende, placebogecontroleerde humane studie onderzocht de effecten van zowel onverdunde als met fysiologisch zout verdunde CaHA-CMC-formuleringen. In totaal namen tien volwassenen deel aan het onderzoek, bij wie tijdens een abdominoplastiek weefsel kon worden onderzocht.

De onderzoekers analyseerden de behandelde huid op verschillende momenten en onderzochten onder andere collageen, elastine, decorin, versican en fibuline-5. Daarnaast werd met echografie gekeken naar veranderingen die verband houden met solar elastosis.

De studieopzet heeft een belangrijk voordeel: in plaats van uitsluitend klinische foto's of subjectieve beoordelingen te gebruiken, konden onderzoekers rechtstreeks biologische en structurele veranderingen in het weefsel onderzoeken. Tegelijkertijd vormt de beperkte omvang van de studie een belangrijke beperking bij het vertalen van de resultaten naar de dagelijkse praktijk.

Brede veranderingen in de extracellulaire matrix

De resultaten laten een duidelijke stimulatie van verschillende ECM-componenten zien. Volgens de door Merz Aesthetics gepresenteerde resultaten nam de collageendepositie in de behandelde gebieden sterk toe ten opzichte van saline, met een gerapporteerde maximale relatieve toename van 23 maal.

Ook andere componenten lieten veranderingen zien. De hoeveelheid elastine nam met maximaal 96% toe ten opzichte van saline, terwijl voor decorin en versican respectievelijk toenames van 82% en 129% werden gerapporteerd. Daarnaast werd een toename van fibuline-5 gezien, met name na behandeling met de 1:2-verdunning.

Deze bevindingen ondersteunen de hypothese dat CaHA een meeromvattend remodelingproces kan stimuleren. De huidreactie lijkt daarmee niet uitsluitend te bestaan uit het aanmaken van nieuw collageen, maar uit veranderingen in verschillende onderdelen van de extracellulaire matrix.

Voor de klinische praktijk is dit concept relevant. Huidveroudering gaat immers niet alleen gepaard met verlies van collageen.



Ook veranderingen in elastine, proteoglycanen, matrix-organisatie en de interactie tussen cellen en hun omgeving spelen een rol bij verlies van elasticiteit, stevigheid en huidkwaliteit.

Solar elastosis: interessant, maar voorzichtig interpreteren

Een bijzonder aspect van het onderzoek is de beoordeling van solar elastosis. Chronische blootstelling aan ultraviolet licht leidt tot structurele veranderingen in de dermale matrix, waaronder afwijkingen in elastine en de accumulatie van zogenoemd elastotisch materiaal. Solar elastosis vormt daarmee een belangrijk histologisch kenmerk van huidveroudering door zonblootstelling.

In het onderzoek werden met echografie significante verbeteringen gezien in kenmerken die met solar elastosis samenhangen, zowel na drie als na zes maanden bij verschillende behandelingscondities.

Dit is potentieel relevant, omdat het suggereert dat CaHA niet alleen een effect kan hebben op de cosmetisch zichtbare gevolgen van huidveroudering, maar ook op onderliggende structurele veranderingen in de dermis.

Daarbij is echter nuance noodzakelijk. Een verbetering van ultrasonografische kenmerken van solar elastosis moet niet zonder meer worden vertaald naar de claim dat RADIESSE® ‘zonneshade omkeert’. De studie onderzocht voornamelijk biologische en structurele parameters. Daarmee is nog niet aangetoond in welke mate patiënten klinisch minder rimpels, een egalere huidtextuur of minder andere verschijnselen van huidveroudering door zonblootstelling ervaren.

Wat betekent ‘23 keer meer collageen’?

De spectaculaire formulering ‘tot 23 keer meer collageen’ verdient eveneens context. Het gaat om een relatieve onderzoeksuitkomst ten opzichte van saline binnen de specifieke experimentele onderzoeksopzet. Dit betekent niet dat de huid van een patiënt in het algemeen 23 keer zoveel collageen gaat produceren of dat de huid klinisch 23 keer beter wordt.

Voor cosmetisch artsen is dit onderscheid essentieel. Biomarkers en histologische parameters geven waardevolle informatie over het biologische werkingsmechanisme, maar zijn niet automatisch gelijk aan een evenredige klinische verbetering.

De studie levert dus vooral ondersteuning voor het mechanische verhaal achter CaHA-biostimulatie. Om de omvang en klinische relevantie van deze effecten beter te bepalen, zijn grotere studies nodig waarin biomarkerdata worden gekoppeld aan gestandaardiseerde klinische uitkomsten, patiëntgerapporteerde resultaten en langere follow-up.

Verdunning en klinische toepassing

De onderzoekers onderzochten verschillende verdunningen van CaHA. In de totale beoordeling werd volgens de auteurs vooral bij de 1:1-verdunning een consistent effect op verschillende parameters gezien.

Dit sluit aan bij de bredere ontwikkeling binnen de esthetische geneeskunde waarbij CaHA, afhankelijk van indicatie en behandelgebied, niet uitsluitend wordt ingezet voor volumecorrectie maar ook voor verbetering van huidkwaliteit.

De nieuwe gegevens ondersteunen het concept van ‘biostimulatie’ als een proces waarbij de behandelaar niet alleen kijkt naar directe volumeverandering, maar naar de biologische respons van het weefsel gedurende maanden na behandeling.

Dat betekent echter niet dat de onderzoeksbevindingen automatisch gelijkstaan aan een nieuwe indicatie. RADIESSE® en RADIESSE®+ zijn in de Verenigde Staten geregistreerd voor specifieke toepassingen, waaronder de correctie van matige tot ernstige rimpels en plooien en, afhankelijk van het product, volumeverlies van de handrug en verbetering van de kaakcontour. Voor bepaalde toepassingen van verdund RADIESSE® gelden eveneens specifieke leeftijds- en indicatievoorwaarden. De cosmetisch arts dient daarom onderscheid te blijven maken tussen onderzoeksbevindingen, klinische ervaring en de officieel goedgekeurde product-indicaties.

Veiligheid blijft onderdeel van het verhaal

De groeiende belangstelling voor regeneratieve toepassingen mag niet leiden tot onderschatting van de risico's van injecteerbare CaHA-producten. Zoals bij andere dermale fillers bestaat onder meer het risico op vasculaire injectie. Hoewel dit zeldzaam is, kunnen de gevolgen ernstig en potentieel permanent zijn, waaronder visusstoornissen, blindheid, cerebrovasculaire complicaties en huidnecrose.

Daarnaast kunnen onder andere zwelling, erytheem, pijn, jeuk, blauwe plekken en noduli of andere lokale reacties optreden. Vertraagde ontstekingsreacties op de injectieplaats zijn eveneens beschreven, bijvoorbeeld na infecties, vaccinaties of tandheelkundige ingrepen.

Een zorgvuldige patiëntselectie, anatomische kennis, adequate injectietechniek en een goed uitgewerkt complicatieprotocol blijven daarom essentieel.

Van mechanisme naar klinische betekenis

De nieuwe studie is vooral interessant omdat zij een steeds completer beeld geeft van de biologische werking van CaHA. De resultaten passen bij een model waarin RADIESSE® niet simpelweg ‘collageen aanmaakt’, maar een bredere remodeling van de extracellulaire matrix kan induceren.

Voor de cosmetisch arts betekent dit dat het gesprek over biostimulatie verder kan gaan dan alleen volumeverlies. De kwaliteit van de huid wordt bepaald door een complex samenspel van collageen, elastine, proteoglycanen, matrixeiwitten en de architectuur van het dermale weefsel.

Tegelijkertijd is het belangrijk de onderzoeksresultaten op hun juiste waarde te schatten. Een studie met tien deelnemers en voornamelijk biologische en ultrasonografische eindpunten vormt een interessante bijdrage aan de wetenschappelijke onderbouwing, maar is onvoldoende om verstrekkende klinische conclusies te trekken over het ‘omkeren’ van fotoveroudering. 

Conclusie

De recente humane studie naar CaHA biedt nieuwe aanwijzingen dat RADIESSE® een bredere invloed heeft op de extracellulaire matrix dan alleen stimulatie van collageen. De waargenomen veranderingen in collageen, elastine, decorin, versican en fibuline-5 ondersteunen het concept van multicomponent-ECM-remodelling. De verbetering van ultrasonografische kenmerken van solar elastosis maakt de bevindingen bovendien relevant voor het onderzoek naar huidveroudering door chronische UV-blootstelling.

Voor de praktijk is vooral de richting van het onderzoek interessant: van een product dat traditioneel wordt beschouwd als dermale filler naar een behandeling waarbij volumeverandering en biologische weefselremodelling elkaar kunnen aanvullen.

De resultaten zijn veelbelovend, maar vragen om bevestiging in grotere, onafhankelijk uitgevoerde klinische studies met langere follow-up en duidelijke klinische eindpunten. Tot die tijd is de meest verdedigbare conclusie dat CaHA sterke aanwijzingen geeft voor brede ECM-remodelling, maar dat de stap van biologische regeneratie naar aantoonbare klinische ‘reversie’ van huidveroudering door zonblootstelling nog nader moet worden onderzocht.

Good to know

+ NVCG Bestuur en commissies

Visitatie Registratie Commissie (VRC)

-  Nicolette Vermeulen
voorzitter
-  Markwin Statius Muller
-  Dorien Wijers
-  Patrice Visser

Wetenschap (CIE. WC)

-  Serge Steenen
voorzitter
-  Aarent Brand
-  Janneke Gilden
-  Veroniek van Praag

Opleidingscommissie chirurgie

-  Thanya Tha-In
voorzitter
-  Amra Šabanović

Lid RGS (namens NVCG)

-  Nastja Hendriks

Advies- en geschillencommissie RGS

-  Burcu Gundogdu

Onderwijscommissie (OC)

-  Leanne Wong
voorzitter
-  Aarent Brand
-  Awat Hassan
-  Job Thuis

Domeingroep chirurgie

-  Thanya Tha-In
voorzitter
-  Amra Šabanović
-  Mark van Bracht

Redactie Cg Magazine

-  Pascal Meijer
hoofdredacteur
-  Carina Domingues
-  Juliet de Vries
-  Rachella Anandbahadoer

Bestuur + buro NVCG

-  Catharina Meijer
voorzitter
-  Branka Martijn
penningmeester
-  Ninette van Es
secretaris
-  Liane Pool
verenigingsmanager
-  Simone Gelderman
office manager
-  Marjolein Jansen
communicatie en marketing

Kascommissie

-  Patrice Visser
-  Griet Snick

Commissie product en complicatieregistratie (PCR)

-  Sonay Zanalabedin
-  Tatjana Water

Protocolcommissie

-  Vivian Beekman
-  Sonay Zainalabedin
-  Dorien Wijers
-  Veroniek van Praag

Congrescommissie

-  Margaritha Adams
voorzitter
-  Charissa Geluk
-  Thanya Tha-In



CONTACT

Voor contact met een commissie, mail dan je vraag naar betreffende commissielid via: contact@nvcg.nl.
(Vermeld daarbij commissie en -lid)

GAME CHANGER

Look on the outside how you feel on the inside.



Duurzaam gewichtsverlies vraagt meer dan leefstijl – het begint bij de juiste medische begeleiding. Ontdek wat dit kan betekenen voor uw kliniek.

Scan de QR-code en plan een afspraak met een Key Account Manager van Novo Nordisk.



www.contact-novonordisk.nl



+93%
HYDRATATIE
GEMETEN
NA 1 MAAND^{1*}



DIEPE HYDRATATIE, TOT 9 MAANDEN LANG²

EFFECTIEF VANAF DE EERSTE BEHANDELING^{2**}

[Injecteerbare gel op basis van verknoopt hyaluronzuur³]

GEZICHT³

HALS/DÉCOLLETÉ³

HANDEN³

AQUAPORINE - 3^{***}



SKINVIVE™ by Juvéderm® is een injecteerbaar implantaat dat gebruikt wordt voor de behandeling van, door opvulling, oppervlakkige cutane depressies zoals fijne lijnen en voor het verbeteren van de huid, zoals hydratatie en elasticiteit. Medisch hulpmiddel klasse III gemarkeerd met CE 0344. Fabrikant: ALLERGAN. Gecontra-indiceerd in geval van zwangerschap, borstvoeding en patiënten <18 jaar. **Lees aandachtig de instructies en de bijwerkingen in de gebruiksaanwijzing.**³

¹Prospectieve, unicentrische, niet-gerandomiseerde, open-label studie waarin de kenmerken van de huidkwaliteit worden geëvalueerd bij gezonde vrijwilligers (n = 11) die ter hoogte van het voorste oppervlak van de onderarm werden behandeld met VYC-12L (SKINVIVE™ by Juvéderm®). Berekening uitgevoerd met een Corneometer®. Opslagplaats: zone niet behandeld op M1 (-1,4 willekeurige eenheden). Methode: relatieve variatie = (behandeld - onbehandeld) / onbehandeld × 100. Waarden uitgedrukt in willekeurige eenheden. ²23,7% van de patiënten kreeg een retoucheerinjectie en alleen in de wangen. ³Aquaporine-3 (AQP-3) is de meest voorkomende aquaporine in de huid, en in het bijzonder in het plasmamembraan van cellen. AQP-3's vergemakkelijken het transport van water en glycerol, een natuurlijk bevochtigmiddel, binnen en tussen huidcellen.⁴

De afbeeldingen zijn uitsluitend bedoeld voor illustratieve doeleinden. Het model heeft geen behandeling ondergaan.

1 - Safa M. et al., A Prospective, Open-Label Study to Evaluate the Impact of VYC-12L Injection on Skin Quality Attributes in Healthy Volunteers. Clin Cosmet Invest Dermatol. 2022 Mar 10;15:411-426. 2 - Niforos F. et al., VYC-12 Injectable Gel Is Safe And Effective For Improvement Of Facial Skin Topography: A Prospective Study. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology 2019;12:791-798. 3 - Gebruiksaanwijzing SKINVIVE™ by Juvéderm®. Laatste versie. 4 - Draelos Z. Aquaporins: An Introduction to a Key Factor in the Mechanism of Skin Hydration. Skin Structure and Function 2021;6(7):53-56.



GEPRODUCEERD IN FRANKRIJK

*A
A* Signature

by Allergan Aesthetics
an AbbVie company