

Revalidatie



DE TOTALE SCHOUDERPROTHESE

DE ANATOMISCHE SCHOUDERPROTHESE
DE REVERSED SCHOUDERPROTHESE

Informatie voor patiënten

AZ OUDENAARDE
VZW



www.azoudenaarde.be

Volg ons op   



1. Inleiding

Het team van de afdeling orthopedie heet je van harte welkom. Wij hopen dat je verblijf op onze afdeling aangenaam en voorspoedig zal verlopen.

In deze brochure overlopen we stap voor stap al de aspecten van jouw opname. Zowel de fase voor jouw verblijf in het ziekenhuis, het ziekenhuisverblijf zelf als de periode na het ontslag komen uitvoerig aan bod. Tijdens jouw verblijf zal je ook nog extra informatie krijgen met een aantal praktische raadgevingen voor de toekomst.

Indien je na het lezen van deze brochure over de totale schouderprothese nog vragen hebt of bijkomende informatie wenst, kan je steeds terecht bij de arts, verpleegkundige of andere medewerkers van het team. Je vindt de namen van de teamleden achteraan deze brochure.

We wensen je een aangenaam verblijf in ons ziekenhuis en een spoedig herstel.



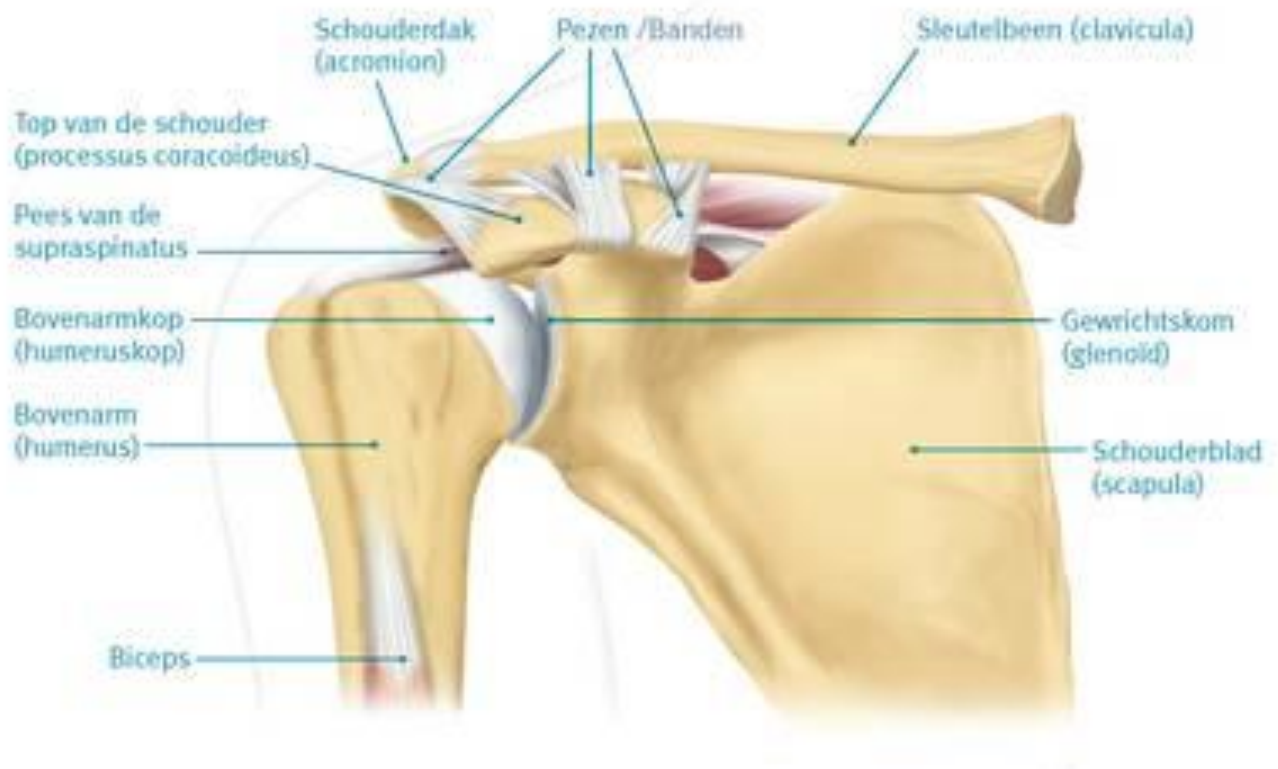
2. Algemeen

2.1. Het schoudergewricht

2.1.1. De normale schouder

De schouder is de plaats waar de arm scharniert met de romp. Aan de zijde van de arm bestaat het gewricht uit een rond beenderig oppervlak, de humeruskop. Aan de zijde van de romp vormt het schouderblad een kleine ovale holte, het glenoïd. De humeruskop past in het glenoïd en vormt zodoende het schoudergewricht. Dit gewricht is dus een 'bal-in-een-kom'-gewricht en is het meest soepele gewricht van het lichaam (zie figuur 1).

Schoudergewricht



Figuur 1



De bewegingen van de schouder worden verzorgd door sterke spieren:

- de deltoïdspier, die de oppervlakte van de basis van de schouder tot aan de top bedekt,
- de rotator cuff-spiers, die vertrekken van het schouderblad. Deze liggen onder de deltoïdspier, en trekken de bal in het kommetje, dit ter bevordering van de schouderstabiliteit.

Met deze spieren kunnen we belangrijke bewegingen maken, zoals onze handen in de nek leggen, aan de andere schouder en oksel komen, naar onze rug en het achterwerk reiken en natuurlijk iets boven het hoofd nemen.

Bij een gezonde schouder glijdt de humeruskop soepel in het glenoïd omdat het uiteinde van deze beide botten bedekt zijn door een gladde gepolijste stof (het kraakbeen) en gesmeerd worden door de gewrichtshuid (synovium). De spieren en vooral de pezen die rondom de humeruskop en het glenoïd liggen, verzorgen de stabiliteit en de beweeglijkheid van het gewricht.

2.2.1. De artrotische schouder

Een schouder kan verslijten of minder goed functioneren door: overmatig gebruik of belasting, reuma (zie figuur 2), onherstelbare gescheurde pezen (zie figuur 3) of door een afgestorven humeruskop (zie figuur 4) (necrose door bijvoorbeeld overmatig inname van cortisonegebruik). Hierdoor wordt de gladde oppervlakte van het uiteinde van de botten ruw en vervormd.





3. *Artrose van het schoudergewricht*

Figuur 2 artrose van het schoudergewricht



1. *Scheur in de cuff*

Figuur 3 scheur in de rotatorcuff



Figuur 4: necrose van de humeruskop



Door deze aandoeningen die het volledige schoudergewricht vervormen, treedt er uiteraard op een bepaald moment pijn op en een verminderde beweeglijkheid. Er is echter geen reden tot paniek, daar een versleten schoudergewricht tegenwoordig vervangen kan worden, net als een versleten heup of knie. Het vervangen van een schouder is een veilige en betrouwbare ingreep.

De ingreep wordt uitgevoerd door een orthopedisch chirurg (een arts die gespecialiseerd is in de behandeling van bot- en gewrichtsziekten). Door deze ingreep, waarbij de ruwe versleten oppervlakten vervangen worden, zal de pijn verdwijnen en kunnen de normale dagelijkse bewegingen weer uitgevoerd worden. Deze ingreep is ook nodig als de schouder zo ernstig gebroken is dat een operatief herstel niet meer mogelijk is. Bij het ouder worden, verloopt het genezingsproces trager en kan het zijn dat de dokter beslist om de breuk met een omgekeerde schouderprothese te behandelen.



3. De schouderprothese

3.1. De anatomische schouderprothese

Deze prothese herstelt de beschadigde schouder met respect voor de bestaande anatomie. Bij deze prothese wordt het glenoïd - of de pan van de schouder - vervangen door kunststof, namelijk poli-ethyleen. De beschadigde schouderkop wordt vervangen door een nieuwe schouderkop.

Deze prothese is aangewezen bij jongere patiënten met artrose die pezen hebben van goede kwaliteit. Het glenoïd moet normaal gevormd zijn om succesvol een vervangend oppervlak te kunnen plaatsen.

De anatomische schouderprothese functioneert op dezelfde manier als de normale schouder en heeft absoluut goede pezen nodig om goed te werken.



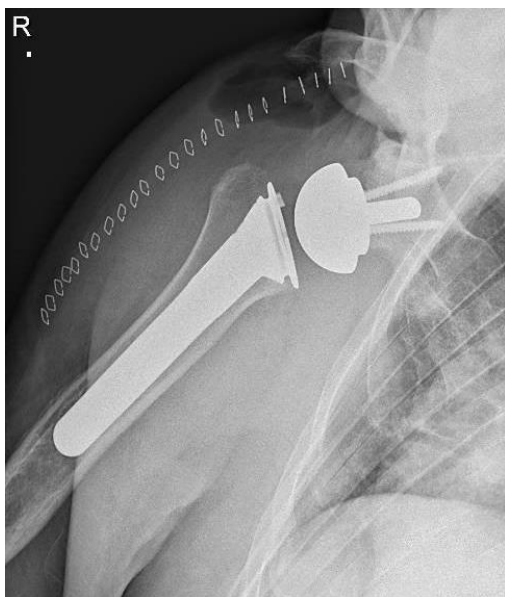
Figuur 5: de anatomische schouderprothese



3.2. De omgekeerde schouderprothese/reversed Prothese

De reversed schouderprothese of omgekeerde schouderprothese is een prothese waarbij het glenoïd vervangen wordt door een bol (glenosfeer genoemd), terwijl de schouderkop vervangen wordt door een pan. Deze prothese wordt veruit het meest frequent geplaatst.

Patiënten die geen schouderpezen meer hebben door slijtage, of pezen van bedenkelijke kwaliteit hebben, zullen het meest baat hebben met een omgekeerde prothese. Deze prothese laat toe de schouder weer goed te gebruiken, ondanks de afwezige schouderpezen. Dankzij deze prothese kan de patiënt opnieuw een pijnloze en goed functionerende schouder hebben.



Figuur 6: de reversed schouderprothese

Indien de anatomie te sterk afwijkt van het normale, kan het aangewezen zijn de prothese te plaatsen met specifiek op maat gemaakte instrumenten. Deze techniek heet PSI. Deze afkorting staat voor Patiënt Specifiek Instrumentarium.



Hierbij worden op basis van een preoperatieve CT-scan van de zieke schouder specifieke instrumenten aangemaakt met 3D-printing-technologie. Deze instrumenten zijn op maat gemaakt voor de patiënt, en helpen de chirurg feilloos een prothese te plaatsen, terwijl de anatomie van de patiënt sterk afwijkt van het normale. Zonder deze PSI-techniek is de kans groot dat de prothese niet op de juiste manier wordt ingeplant.

Deze techniek wordt nu al enkele jaren op regelmatige basis gebruikt in onze dienst.

4. Mogelijke complicaties

Zowel de ingreep als het herstel verlopen doorgaans feilloos. Evenwel kunnen, zoals bij elke ingreep, risico's of problemen niet volledig worden uitgesloten. De belangrijkste mogelijke complicaties en preventieve maatregelen worden hierna kort weergegeven.

- **Risico's eigen aan de verdoving**

Om deze maximaal te beperken zal de huisarts je preoperatief onderzoeken en, indien nodig, doorverwijzen naar de hart- of longspecialist.

- **Risico's eigen aan de ingreep**

- Diepe veneuze trombose (DVT): dit is klontervorming in de diepe aders die tot ontsteking in de aders leidt (flebitis). Ter voorkoming van deze complicatie krijg je een inspuiting met een antistollingsmiddel. Deze preventieve behandeling wordt naargelang je risicoprofiel (roken, anticonceptie,...) gedurende 4 tot 6 weken na de ingreep verder gezet. Mogelijk worden de inspuitingen in een nabije toekomst vervangen door medicatie met dezelfde werking en effect.



- Embolie: een embolie ontstaat wanneer een bloedklonter, zoals bij DVT, loskomt in de bloedvaten en een bloedvat verstopt. Hierdoor wordt de bloedvoorziening van een orgaan onderbroken.
- Infectie van de prothese: om dit te voorkomen worden vóór de ingreep antibiotica toegediend.
- Luxatie van de prothese: de schouderkop schiet uit de pan. De kinesisten en ergotherapeuten geven je doeltreffende richtlijnen en informatie om te voorkomen dat deze complicatie zich voordoet. Het risico op luxatie verkleint na een zestal weken tot drie maanden.
- Zenuwletsel: bij het plaatsen van een schouderprothese bestaat een geringe kans op de beschadiging van een zenuw. Doorgaans betreft het een tijdelijk letsel met volledig herstel.
- Verkalking rond de prothese: soms ontstaat er verkalking ter hoogte van de nieuwe schouder, meestal is dit onschuldig en geeft dit geen klachten. Ter voorkoming worden zo mogelijk gedurende tien dagen na de operatie ontstekingsremmers toegediend. In een zeldzame situatie wordt de te opereren schouder éénmalig bestraald. Zeer uitzonderlijk moet de verkalking verwijderd worden.
- Na de ingreep kan een onvoorziene stijfheid optreden met verlies van beweeglijkheid ter hoogte van de schouder.



5. Voorbereiding van de opname

Je wordt gehospitaliseerd op de afdeling orthopedie, die specifiek is ingericht voor patiënten die een schoudervervangende ingreep ondergaan.

Voorlichting en begeleiding verbeteren de zorgverlening: een goede voorbereiding van de opname en een optimale nazorg zal je herstel optimaliseren. In deze brochure besteden we de nodige aandacht aan deze aspecten. De brochure en de onthaalmap worden je overhandigd op het secretariaat orthopedie, van zodra de ingreep wordt vastgelegd.

5.1 Preoperatieve onderzoeken

De huisarts vervult hierin een zeer belangrijke rol. Vanaf het moment dat de operatie is gepland, neem je contact met de huisarts. Hij voert de testen uit die hij nodig acht (bloeddruk, ECG, bloedonderzoek, kruisproef...) en verwijst je, indien nodig, naar het ziekenhuis voor verder onderzoek (bv. longarts, cardioloog).

Vooraf werd door een orthopedisch chirurg, naast de nodige radiologische onderzoeken, een uitgebreid klinisch onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek evalueert ook de kwaliteit van de spieren en de pezen, zodat bepaald kan worden of een anatomische prothese (een op een normaal gewricht gelijkende prothese) ofwel een niet-anatomische prothese (een omgekeerd gewricht) geplaatst moet worden.



6. Opname

Tenzij anders afgesproken, kom je de dag van de ingreep 's morgens nuchter naar het ziekenhuis. De avond vóór de operatie mag je vanaf 24.00 uur niet meer eten, drinken of roken.

Je meldt je aan voor opname bij de dienst Opname en Onthaal. Op de afdeling zal de verpleegkundige je begeleiden naar de kamer en jou de nodige preoperatieve zorgen toedienen. Om infectie te voorkomen, is het van belang dat je de dag voordien grondig wast met een ontsmettende zeep. Indien je opgenomen bent de dag vóór de ingreep, wordt ter voorkoming van een diepe veneuze trombose een eerste inspuiting met antistollingsmedicatie gegeven. Bij opname op de dag van de ingreep zelf wordt dit niet uitgevoerd.

6.1. Wat breng je mee ?

- Identiteitskaart
- Hospitalisatieverzekeringsdocumenten
- Leesbril
- Slaapkledij en toiletgerief
- Comfortabele kledij
- Gesloten pantoffels of sportschoeisel
- Thuismedicatie in originele verpakking
- Formulier 'verzoek tot ingreep'
- Preoperatieve uitslagen, indien niet in het ziekenhuis uitgevoerd.
- Tandprothesen, juwelen, nagellak en make-up worden verwijderd. Waardevolle voorwerpen laat je best thuis.

6.2. Anesthesie

De anesthesist is de arts die instaat voor de narcose (verdooving) tijdens de ingreep.



6.3. De pijnstilling

Vooraleer je onder algemene verdoving gaat, geeft de anesthesist jou een prik in de hals om de schouder gevoelloos te maken voor pijn. Je kan ook krachtsverlies in het lidmaat ervaren.

De verpleegkundigen in de ontwaakzaal controleren of de pijnbehandeling effectief is. Via het infuus wordt de eventuele pijn bestreden door middel van een pijnpomp. De pomp dient continu pijnstillende medicatie toe, maar je kan jezelf nog een extra dosis geven als de pijn heviger is.

6.4. De operatie

De avond vóór de operatie mag je vanaf 24.00 uur niet meer eten, drinken of roken, tenzij anders afgesproken. Ongeveer een uur voor de operatie brengt de ziekenvervoerder jou naar de operatiezaal, waar de verpleegkundige je begeleidt naar de operatietafel. Eerst wordt een infuus geplaatst na toediening van de narcose. De ingreep duurt gemiddeld één tot anderhalf uur.

6.5. Medicatie

Zoals reeds eerder vermeld, worden tijdens de ingreep antibiotica toegediend om infectierisico te vermijden. Afhankelijk van het risicoprofiel voor diepe veneuze trombose krijg je, gedurende 4 tot 6 weken na de ingreep, inspuitingen of medicatie om een trombose te voorkomen. Na het verwijderen van de pijnpomp wordt verder dagelijks pijnstilling gegeven.



6.6. Na de operatie

6.6.1. Vlak na de operatie

Na de operatie zal je verscheidene zaken opmerken:

- infuus (leiding met vocht in de arm)
- redonleiding (dun slangetje vanuit de wonde) om overtollig bloed vanuit de schouder af te voeren.
- pijnpomp
- draagdoek/adductieverband

Het is mogelijk dat je nog enkele uren tot een ganse dag in de ontwaakkamer van de operatiezaal blijft.

Terug op de afdeling legt de verpleegkundige een ijsverband aan op de schouder om zwelling en pijn tegen te gaan. Na de operatie kan je pijn hebben en misselijk zijn. Meld dit aan de verpleegkundige, hij/zij zal u medicatie toedienen volgens de medische orders. Indien je geen last hebt van misselijkheid of braken, mag je na 3 uur een beetje water drinken.

6.6.2. Na de operatie

Je wordt geholpen bij het ochtendtoilet en het wondverband wordt verversd. De dag na de operatie wordt een bloedcontrole uitgevoerd. Het is immers mogelijk dat er tijdens en na de operatie wat bloedverlies is geweest. Eventueel zullen één of meerdere eenheden bloed worden toegediend.

Ook wordt een controlefoto van de schouder gemaakt. Met behulp van de kinesitherapeut en de ergotherapeut mag je starten met het volledige basis-oefenschema. Dit schema bevat circulatie-oefeningen, actieve/spierversterkende oefeningen, elektrostimulatie, passieve mobilisaties en ademhalingsoefeningen.



De redonfles wordt verwijderd. De verpleegkundige zal regelmatig ijs aanbieden om op de schouder te leggen. Het verband wordt dagelijks gecontroleerd.

7. Ontslag

Doorgaans mag je na twee tot drie dagen het ziekenhuis verlaten. De huisarts wordt in kennis gesteld van de ontslagdatum. Hij of zij zal de thuiszorg desgewenst verder coördineren. Twee weken na de ingreep worden de hechtingen door de huisarts of thuisverpleegkundige verwijderd. Bij ontslag uit het ziekenhuis zal je de nodige voorschriften ontvangen voor medicatie, thuisverpleging en het verder zetten van de kinesitherapie. Tevens wordt een datum afgesproken voor een controleafspraak bij de chirurg na ongeveer 1, 3 en 6 weken na de ingreep.

Voor verdere revalidatie na het ziekenhuisverblijf zijn er de volgende mogelijkheden :

- Je vraagt een kinesitherapeut aan huis. Verwittig voor je naar het ziekenhuis komt de kinesitherapeut. De arts in het ziekenhuis verstrekt een voorschrift.
- Je komt ambulante naar het ziekenhuis voor verdere multidisciplinaire revalidatie door de kinesitherapeut en de ergotherapeut
- Je kan op de revalidatie-afdeling verblijven, waar je eveneens intensief revalideert.

Het is ten stelligste aangeraden om thuis de aangeleerde oefeningen zorgvuldig te onderhouden. De revalidatiearts en paramedici zullen je aangeven welke oefeningen het meest aangewezen zijn en met welke frequentie je deze best beoefent. Indien je volgende klachten ondervindt, moet je contact opnemen met de huisarts :

- kortademigheid
- pijn in de borst bij het ademen



- glanzend, dikke schouder of arm/hand
- koorts
- roodheid van de wonde

Medische nacontroles

De schouderprothese dient regelmatig gecontroleerd te worden:

- Na twee weken mogen de hechtingen verwijderd worden.
- Na een drietal maanden d.m.v. een radiografie.
- Na 1 jaar om de verdere evolutie te controleren.

8. Revalidatie

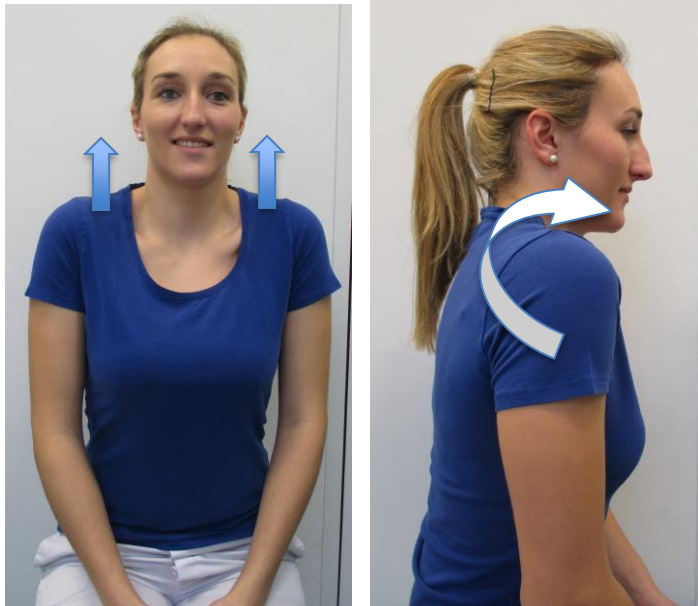
8.1. Oefeningen voor de schouder

Meestal wordt de arm op rust gesteld door middel van een draagdoek. Deze dient om rust te geven aan de schouder als hij niet gerevalideerd wordt.

De kinesitherapeut leert je oefeningen aan die je thuis ook kan uitvoeren. In deze folder vermelden we enkele voorbeelden die je kunnen helpen. Let wel op: doe deze oefeningen enkel op advies van chirurg of kinesitherapeut. Het is belangrijk dat je de eerste zes weken enkel passief beweegt. Na deze zes weken krijg je van de kinesitherapeut meer actieve bewegingsoefeningen. Ongeveer acht weken na de operatie begint de kinesitherapeut te werken met oefeningen tegen weerstand.



- **Schouderblad optrekken** (zie figuur) en cirkels maken met de schouders (zie figuur).



Laat de armen naast jou rusten en maak met de schouders langzaam kleine cirkeltjes naar voor en naar achter binnen de pijngrens. Deze oefening voer je best voor de spiegel uit, zo kan je de beweging controleren.

- **Pendeloefeningen** (zie figuur).

Dit kan je doen door voorovergebogen, steunend op de gezonde arm, de andere arm voor-achterwaarts te laten slingeren, zoals de klepel van een klok, ofwel draaibewegingen uit te voeren vanuit de schouder. Door meer en meer naar voor te buigen of de zwaaibeweging groter te maken maak je, zonder gebruik te maken van kracht, de schouder steeds soepeler.

Doe deze pendeloefeningen 3 á 4 maal per dag, telkens 5 à 10 minuten.





- **Met de hand in een bal knijpen/met de vingers open en dicht bewegen**

Knijpen in een balletje bevordert de bloedsomloop en laat de spieren in de voorarm werken. Deze oefening kan ook het slaperige gevoel in de vingers na de operatie verminderen.



- **Passieve mobilisatie vanuit de romp**

De arm moet goed ondersteund op tafel liggen. Breng de schouder loodrecht boven de elleboog. Beweeg de romp naar achteren (zie figuur).



- **Katroloefening**

De gezonde arm trekt de geopereerde schouder langzaam opwaarts en langzaam terug afwaarts.

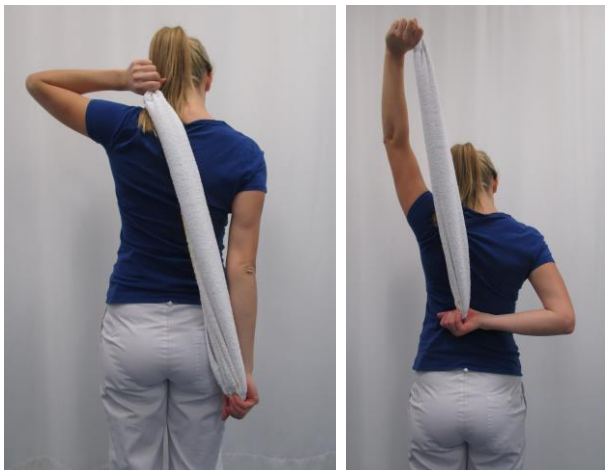


Actieve bewegingsoefeningen vanaf 6 weken na de operatie



Begin deze oefening enkel onder begeleiding. De oefening bestaat uit twee gradaties. Bij de eerste gradatie ga je heffen met een gebogen elleboog. Indien dit na een aantal dagen goed lukt, mag je starten met de tweede gradatie. Hierbij mag je heffen met een gestrekte arm (zie figuur).

- Draaioefening met een **handdoek** (voor de hand-rug-beweging): De gezonde arm trekt de geopereerde zijde naar beneden of omhoog.



Oefeningen tegen weerstand vanaf 8 weken na de operatie

Zoals reeds gezegd mag bij de anatomische TSP en de HSP de uitwendige rotatie slechts geoefend worden na een zestal weken. Dit gebeurt best vanuit liggende positie op een harde oppervlakte (een mat of een oefenbed) (zie figuur).



Na ongeveer zes weken mag je bij elk type prothese meer en meer krachtsoefeningen starten (zie figuur).



Aandachtspunten

- Oefen steeds binnen de pijngrens
- Beweeg langzaam
- Oefen meermaals per dag. Elk uur enkele minuten oefenen, is beter dan een half uur aan één stuk. Oefen uiteindelijk 3x per dag gedurende maximaal 10 minuten
- Leg regelmatig ijs (steeds in een ijszak of handdoek)



8.2. Tips die wij je graag willen meegeven

De eerste zes weken moet je de draagdoek dag en nacht aanhouden. Gedurende deze 6 weken mag je ook niet autorijden, fietsen, zwaar huishoudelijk werk uitvoeren en sporten.

De draagdoek zal je belemmeren bij het uitvoeren van je dagelijkse activiteiten. Veel handelingen zullen éénhandig moeten uitgevoerd worden. Dit vergt geduld. Opgelet met het overbelasten van de gezonde zijde, je lichaam en je rug. We geven je graag een aantal tips mee.

Tip 1: Comfortabel slapen

De draagdoek moet je ook 's nachts dragen. Om zo comfortabel mogelijk in je bed te liggen, plaats je een kussentje (of een opgeplooid handdoekje) onder de bovenarm, zodat deze voldoende ondersteund wordt en het schoudergewricht minimaal belast wordt.



Tip 2: Persoonlijke hygiëne

Voor het wassen van de oksel geven we graag als tip mee: buig voorover en laat de geopereerde arm naar beneden hangen. Zo brengt je geen spanning op de juist ingehechte pees.





Tip 3: Transfer in/uit bed

Voor de transfer in bed ga je zitten aan de kant van de niet-geopereerde schouder. D.w.z wanneer je aan de linkerkant een schouderprothese hebt, je aan de rechterkant van het bed gaat zitten en omgekeerd.

Wanneer je plaatsneemt op het bed, ga je zo dicht mogelijk naar het hoofdeinde zitten. Daarna gaat je op je zij liggen en rol je om tot op de rug. Om uit bed te stappen, rol je eerst om naar de niet-geopereerde zijde. Breng de knieën uit bed en duw je met de niet-geopereerde arm recht op het bed.



Tip 4: Aankleden

Steek de geopereerde arm eerst in de mouw. Daarna kan je de gezonde arm in de andere mouw steken.



Tip 5: Maaltijden

Plaats je bord op een antislipmatje. Dat matje voorkomt dat je bord gaat schuiven. Warme maaltijden eet je best uit een diep bord. Zo kan je het voedsel opscheppen tegen de rand van het bord. Je kan een fles openen door deze tussen de knieën te klemmen.

Tip 6: Huishoudelijke taken

Je mag de eerste maanden geen kracht uitoefenen. Licht huishoudelijk werk (zoals lichte boodschappen, koken, afwassen, bed opdekken, afstoffen) kan je éénhandig uitoefenen of met beide handen van zodra de draagdoek af mag. Zwaar huishoudelijk werk (zoals stofzuigen, dweilen, gras maaien, ramen wassen) laat je de eerste maanden aan anderen over.



9. Slot

Deze brochure heeft als doel jou op een bevattelijke wijze alle essentiële informatie aan te bieden omtrent de ingreep die je zal ondergaan en stelt je in de mogelijkheid om het alles thuis nog eens rustig door te nemen. Uiteraard bevat deze brochure enkel de basisinformatie, waarbij ernaar gestreefd wordt jou zo goed mogelijk in te lichten over alle aspecten van de ingreep en de herstelperiode. Het spreekt voor zich dat daaromtrent nog andere vragen kunnen rijzen. Zowel vóór, tijdens, als na de ingreep staan de chirurg, huisarts, verpleegkundigen en paramedici ter beschikking voor het beantwoorden van al jouw vragen.

Het succes van de ingreep en het optimaal herstel hangen af van vele factoren. Door subspecialisatie heeft de chirurg een bijzondere bekwaamheid verworven in het plaatsen van schouderprothesen. Tevens wordt, door een goede multidisciplinaire samenwerking, het herstel bespoedigd waardoor je sneller en beter jouw activiteiten kan hervatten. Tot slot maakt jouw persoonlijke motivatie een niet te miskennen en belangrijk onderdeel uit van een geslaagd herstelproces.



11. Lijst met nuttige telefoonnummers

Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde

Minderbroedersstraat 3

9700 Oudenaarde

Algemeen nummer ziekenhuis: 055/33 61 11

Secretariaat Orthopedie: 055/33 67 45

Dienst orthopedie: 055/33 66 00

Dienst revalidatie: 055/33 68 00

Spoedgevallen: 055/33 63 55

Sociale Dienst: 055/33 66 46

Radiologie: 055/33 67 51

Labo: 055/33 67 31

Secretariaat Inwendige Ziekten: 055/33 67 61

Ambulante kinesitherapie in het ziekenhuis: 055/33 64 01

Contactpersonen

Orthopedisch chirurg

Dr. Van Innis B.

Dr. De Vos J.

Dr. Van Damme P.

Dr. Van Damme R.

Dr. Van Houcke H.



Fysiotherapeuten

Dr. Vanelstraete S.

Dr. Vande Putte K.

Hoofdverpleegkundige dienst orthopedie

Vicky Spileers

Coördinator kinesitherapie

Katrijn Ackaert

Sociaal assistente

Aurélie Delouvroy

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Verantwoordelijke uitgever: Dr. P. Van de Bruaene





**Heb je nog vragen
of opmerkingen
over deze brochure?
We houden graag
rekening met jouw
suggesties!**

AZ Oudenaarde vzw



Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde
T 055 33 61 11 - **F** 055 33 66 95
info@azoudenaarde.be
www.azoudenaarde.be