

Lumbale microdiscectomie

Snelle recuperatie na chirurgie

Inhoud

Snelle recuperatie na chirurgie	4
De lumbale wervelzuil	5
Anatomie	5
Fysiologie	6
Pathologie	7
Behandeling	10
Chirurgische behandeling	10
Uw verblijf in het ziekenhuis	11
Vorbereiding	11
Verloop van uw verblijf	13
Eenmaal Terug thuis	20

Mijnheer, Mevrouw

U ondergaat binnenkort een heelkundige ingreep voor een lumbale discushernia. Samen met uw arts heeft u ervoor gekozen om uw revalidatie uit te voeren volgens het “snelle recuperatie na chirurgie” programma. Wellicht roept dat zowel voor u als voor uw familie heel wat vragen op.

Deze brochure heeft als doel u meer informatie te geven over de aard van uw aandoening, de ingreep en het revalidatieprogramma. We geven een kort overzicht van het verloop van de hospitalisatie. Als u na het lezen van de brochure nog vragen hebt, aarzel dan niet om contact op te nemen met uw behandelend arts of met het verpleegkundig personeel.

Snelle recuperatie na chirurgie

In dit programma streven we ernaar om de impact van de operatie op lichaam en geest tot een minimum te beperken.

Eén van de belangrijke basisprincipes is dat u maximaal geïnformeerd wordt over het verloop van uw ingreep en de revalidatie zodat u samen met ons speciaal opgeleide team (chirurgen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, kinesisten...) maximaal en actief kunt meewerken aan uw revalidatie.

Een ander belangrijk principe is de vroege mobilisatie. Om dat te verwezenlijken wordt heel wat aandacht besteed aan de anesthesie en wordt de pijnmedicatie zodanig gekozen dat u zo min mogelijk bijwerkingen zoals duizeligheid en misselijkheid ondervindt.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om uw arts te contacteren. Hij zal u graag meer uitleg geven.

Antwerp Multidisciplinary Spine Unit (AMSU)

GZA Ziekenhuizen campus Sint-Augustinus
Oosterveldlaan 24
2610 Wilrijk

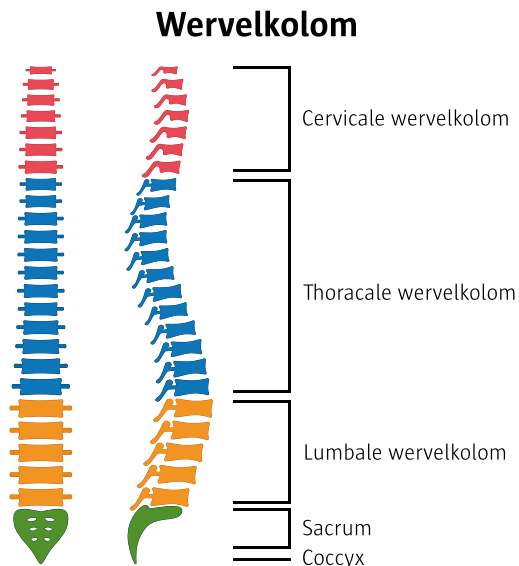
Dienst neurochirurgie:	tel. +32 3 443 37 71
Verpleegafdeling neurochirurgie:	tel. +32 3 443 35 08
Dienst fysische geneeskunde:	tel. +32 3 443 38 65

Hoofdonderdelen van de lumbale wervelzuil

Om te kunnen begrijpen wat een lumbale discushernia is, geven we wat meer uitleg over de anatomie en fysiologie van de wervelkolom.

Anatomie

De lumbale wervelzuil bestaat uit vijf beweeglijke lendenwervels (L1-L2-L3-L4-L5). Die lopen uit in het heiligbeen en staartbeen, die samen een benig blok vormen van aaneengegroeide wervels (S1-S2-S3-S4-S5). Tussen twee wervels zit telkens een tussenwervelschijf of discus. Die discus bestaat uit een zachte, geleachtige kern (nucleus) met rondom een vlechtwerk van vezelige ringen (annulus fibrosus).

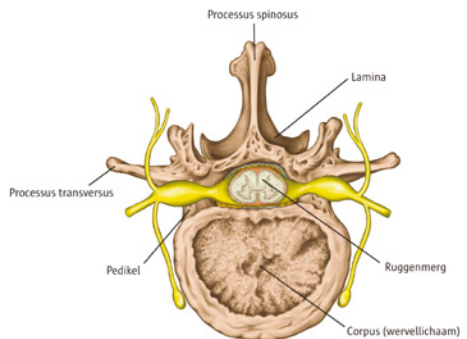
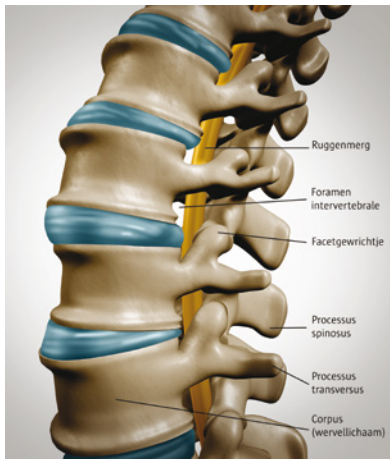


Fysiologie

Twee wervels met de discus ertussenin vormen een functionele eenheid: het voorste gedeelte van deze eenheid, de wervellichamen en discus, zijn bepalend voor het dragend vermogen. Dat betekent dat zij het gewicht van het bovenlichaam dragen bij het rechtop staan of bij het heffen van gewichten. Deze krachten werken in op het bot van de wervel en op de discus. Hun sterkte is dus bepalend voor het verwerken van deze draagkrachten.

De discus is daarnaast ook de belangrijkste schokdemper: hij vangt de meeste schokken op bij het stappen en springen. Maar hij zorgt er ook voor dat de steun tussen de ongelijke wervelvlakken zo optimaal mogelijk blijft tijdens alle mogelijke bewegingen. Dat doet hij door van vorm te veranderen (samendrukken of uitzetten). Het vochtgehalte in de kern kan wijzigen door het uitpersen of aanzuigen van vocht.

Doorheen het middelste gedeelte van de functionele eenheid lopen de zenuwbanen. Het achterste gedeelte van de eenheid wordt gevormd door de facetgewrichten tussen de wervels. Zij zorgen voor de beweging. De ligamenten vooraan en achteraan geven steun en stabiliteit.



Pathologie

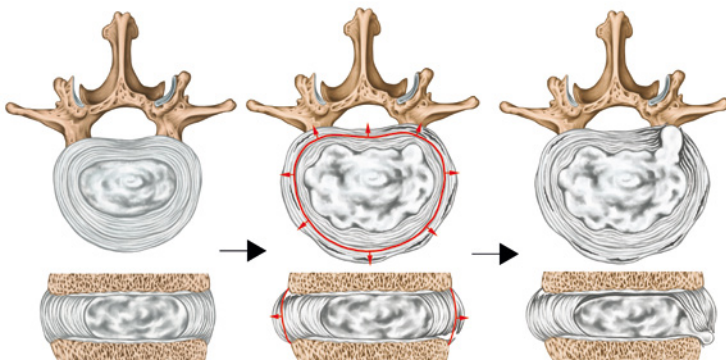
De discus is ontworpen om zeer hoge druk te verwerken, meer nog dan het bot van de wervel zelf. Gewone houdingsveranderingen of inspanningen zullen de druk in de discuskern veranderen. Op bepaalde plaatsen wordt de discus samengedrukt, op andere plaatsen valt de druk weg. Die gewone drukverschillen geven geen risico op overbelasting of beschadiging.

Bij houdingsveranderingen en inspanningen wordt er ook getrokken en geduwd op de annulus. Bij slechte houdingen kunnen bepaalde trek- of duwkrachten de zwakkere achterste ring van de annulus kwetsen doordat er zich kleine scheurtjes vormen. Die kunnen op termijn voor blijvende zwakkere en kwetsbare zones zorgen. Op die manier ontstaat er een risico op een hernia.

Omdat het totale gewicht van de romp door de lage lendenwervels gedragen wordt, is de mechanische belasting op de desbetreffende tussenwervelschijven heel groot. Door de hefboomwerking nemen die krachten bij het vooroverbuigen van het lichaam nog toe. Bijgevolg zijn de laagste lumbale tussenwervelschijven het meest onderhevig aan slijtage.

Wat is een hernia?

Wanneer doorheen scheurtjes in de annulus fibrosus zacht nucleusmateriaal naar buiten geduwd wordt, geeft dat eerst een bulging of uitstulping. Dat wordt protrusie genoemd. Later kan dat resulteren in een echte hernia wanneer het discusmateriaal volledig door de ring naar buiten puilt en in het zenuwkanaal geduwd wordt.



Oorzaken van hernia

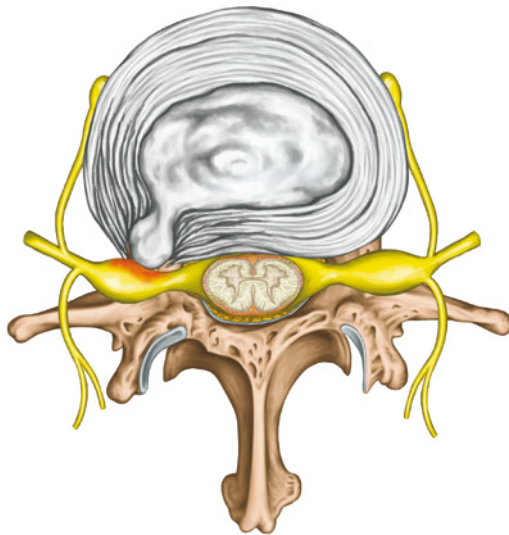
Een hernia kan verschillende oorzaken hebben:

- slijtage van de discus;
- zware krachtsinspanningen;
- trauma;
- hoesten, niezen, persen.

Meest voorkomende klachten

De klachten bestaan in eerste instantie uit:

- pijn en stijfheid in de onderrug, meestal als gevolg van scheurtjes in de annulus;
- pijn in het been, soms tot in voet, door ontsteking van de zenuw die ter hoogte van de hernia uit de wervelkolom aftakt en waartegen de hernia drukt.



Daarna kunnen neurologische klachten ontstaan als gevolg van druk op de zenuw:

- gevoelsstoornissen in het been en/of de voet -> voosheid;
- tintelingen in het been en/of de voet;
- krachtsverlies in het been en/of de voet;
- controleverlies over urine/stoelgang.

Hernia's ontstaan vooral in de onderste lendenwervels L5-S1 omdat hier de meeste krachten op inwerken (en veel minder ter hoogte van L4-L5 of andere niveaus).

Diagnose

Met behulp van MRI (liever geen CT- scan) wordt de hernia in beeld gebracht. Na grondig klinisch onderzoek en bevraging van de patiënt, kan de arts beslissen om bijkomend onderzoek te doen. In dat geval kan EMG of naaldonderzoek van de zenuw aantonen welke zenuw gekneld zit en in welke mate die al dan niet beschadigd is.

Behandeling

Chirurgische behandeling

De standaard operatieve techniek is een klassieke open microdissectomie ter behandeling van de uitstralingspijn naar het been. Het is geen behandeling voor rugpijn.

Hoe verloopt die ingreep?

Nadat u onder algemene narcose bent gebracht, wordt u op de buik gedraaid met kussens onder de borstkas en het bekken. Onder scopie wordt het juiste tussenwervelschijfniveau aangeduid. Daarna wordt de rug ontsmet en op steriele wijze afgedekt.

Een insnede van een vijftal centimeter wordt in het midden van de rug ter hoogte van dit niveau gemaakt. De rugspieren worden aan de kant van de hernia losgemaakt van hun aanhechting aan het bot. Een aangepaste kokervormige spreider wordt langs de spier tegenaan de wervel ingebracht. Een opening in het ligament geeft toegang tot het zenuwkanaal.

Nadat de zenuw is vrijgemaakt, kan de onderliggende hernia worden losgemaakt en verwijderd. Soms wordt in de discus ook nog los weefsel weggenomen.

Deze operaties zijn veilig en houden zelden risico's in. De zeldzame specifieke risico's worden besproken in samenspraak met uw chirurg. De meest frequente complicaties zijn:

- nabloeding
- infectie
- liquorlekkage
- flebitis/trombose
- zenuwbeschadiging

Na de ingreep kan soms de uitstralingspijn in het been nog een tijdlang gevoeld worden. Dat houdt verband met het herstel van de zenuw die soms lange tijd gekneld gezeten heeft en is geen reden tot ongerustheid. Meestal verdwijnt die herstelpijn na een paar weken.

Uw verblijf in het ziekenhuis

Vorbereiding

Vorbereidende onderzoeken

Volgende onderzoeken zijn vanaf 55 jaar nodig voor de ingreep:

- bloedonderzoek
- elektrocardiogram
- preoperatief consult anesthesie

Deze onderzoeken gebeuren op de dienst preoperatieve screening in het ziekenhuis (route 101, gelijkvloers).

Onder de 55 jaar zijn deze onderzoeken niet nodig, maar u moet wel nog langs de dienst preoperatieve screening gaan om uw elektronisch patiëntendossier in orde te laten maken voor de dienst anesthesie. De ingevulde preoperatieve vragenlijsten uit de werkmap mag u daar afgeven.

Planning

- Preoperatief onderzoek:
- Opnamedatum:..... om uur.....
- Operatiedatum:

Hoe kunt u zich optimaal voorbereiden op de operatie?

- Blijf in beweging zonder uw pijngrens te overschrijden.
- Houd uw lichaamsgewicht onder controle. Een verhoogd lichaamsgewicht heeft een negatieve impact op uw wervelzuil.
- Stop met roken. Roken verhoogt het risico op complicaties met de ademhaling tijdens en vlak na de anesthesie. Rokers herstellen ook trager van hun operatie. Bovendien drogen door roken de tussenwervelschijven uit waardoor hun draagkracht en flexibiliteit verminderen en de rug dus veel sneller onderhevig is aan slijtage.
- Bloedverdunners moeten voor elke operatieve ingreep gestopt worden. Doe dat in overleg met uw huisarts en meld dit aan de anesthesist tijdens het preoperatief consult anesthesie.
- Pijnstillers mogen verder ingenomen worden tot aan de ingreep. Gebruik pijnstillers wel steeds in overleg met uw huisarts.
- Kunstnagels of nagellak moeten verwijderd worden voor elke operatie.

Vorbereidingen voor na uw ontslag

In principe zal uw zelfredzaamheid enkele dagen na de ingreep bijna even groot zijn als voor de operatie. Toch is het aangewezen om enkele voorzorgen te nemen.

Het is niet nodig om thuis een ziekenhuisbed te voorzien. U kunt perfect in uw eigen bed slapen en de trap op- en afgeraken zou geen probleem mogen zijn. Bovendien is het zeker niet de bedoeling om na de operatie de hele dag plat te liggen, het is beter om regelmatig af te wisselen tussen staan, stappen, zitten en liggen en beetje bij beetje de activiteiten op te drijven.

Verloop van uw verblijf

Opname

Wat brengt u mee?

- identiteitskaart;
- bloedgroepkaart;
- formulieren voor de verzekering, ziekenfonds, arbeidsongeschiktheid ...;
- voorbereidende onderzoeken (bv. MRI) die elders gebeurd zijn;
- toiletgerief, handdoeken en washandjes;
- gemakkelijke schoenen die goede steun geven en voldoende ruim zitten, eventueel met elastische veters;
- comfortabele, loszittende kledij voor overdag om gemakkelijk te kunnen oefenen (u bent immers niet ziek!);
- nachtkledij;
- uw werkmap;
- € 1,00 muntstuk (voor het kluisje in de kamer).

Waardevolle spullen laat u best thuis

Verloop van de opnamedag

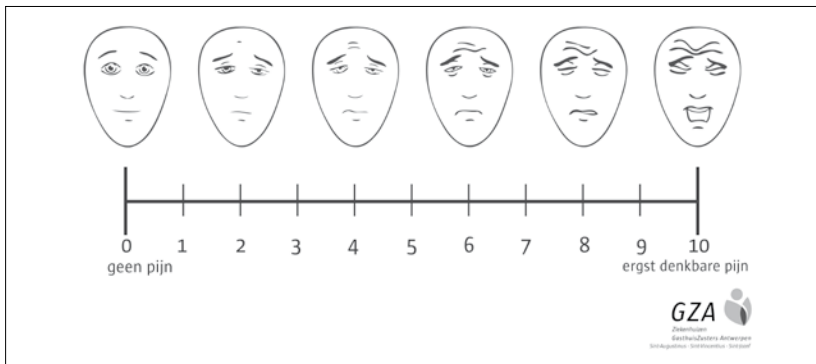
- In samenspraak met uw neurochirurg komt u binnen de avond voor of de dag van de ingreep:
 - Vanaf middernacht mag u niets meer eten, drinken of roken, tenzij anders afgesproken met uw chirurg en anesthesist.
 - Uw medicatie mag u enkel innemen in samenspraak met uw arts (met een klein glas plat water).
 - U meldt zich aan bij de opnamedienst op het afgesproken tijdstip.
 - U krijgt een armbandje met identificatiegegevens.
 - U begeeft zich naar de afdeling (route 246). Op de afdeling worden strikte bezoeken gehanteerd (14 – 20 uur). Buiten de bezoeken zijn de deuren gesloten en dient u aan te bellen.
 - De gegevens op het armbandje worden nogmaals gecontroleerd.
 - Uw volledig dossier wordt door de verpleegkundige nog even bekeken in functie van onderzoeken, thuismedicatie, allergieën...



- Indien gewenst kunt u het nummer van een contactpersoon doorgeven. Hij/zij zal na de operatie door de chirurg worden opgebeld om te melden dat de operatie is afgelopen en dat u naar de ontwaakkamer gaat.
- U krijgt uw kamer toegewezen en krijgt hierover de nodige informatie.

- Voorbereiding op de operatie:
 - U neemt een douche met ontsmettende zeep om postoperatieve wondinfectie te voorkomen. We vragen u om u volledig met deze zeep te wassen en dus ook uw haar een wasbeurt te geven.
 - U krijgt een operatiehemdje aan.
 - TBX-kousen worden aangemeten. Die hebben tot doel bloedklonters in uw benen te voorkomen. Klontervorming of diepe veneuze trombose kan aanleiding geven tot longembolieën (blokkeren van een longslagader door verplaatsing van de bloedklonter naar de longen).
 - Kunstgebit, bril, lenzen, kunstnagels of nagellak, piercings en juwelen moeten verwijderd worden.
 - Eventueel krijgt u voor de ingreep nog premedicatie. Die mag u met een kleine hoeveelheid water innemen.
 - U wordt naar de operatiekamer gebracht.
- De ingreep:
 - In de voorbereidingsruimte worden een aantal vragen gesteld in verband met de veiligheid van de ingreep die u moet ondergaan. Er wordt een infuus geplaatst.
 - De ingreep gebeurt onder algemene anesthesie.
 - U wordt de operatiezaal binnengebracht waar u aan de monitor gelegd wordt. Tijdens de ingreep krijgt u een verwarmingsdeken op u.
- Ontwaakkamer of Recovery:
 - Na de ingreep gaat u naar de ontwaakkamer. De chirurg belt uw contactpersoon op.
 - Na de ingreep wordt u enkele uren nauwlettend geobserveerd (bloeddruk, hartslag, ademhaling, pijn...).
 - Wanneer u wakker wordt, zal u merken dat u een infuus hebt in één van beide armen. Hierdoor kan vocht en medicatie worden toegediend.
 - Indien u zich goed voelt, de pijn onder controle is en er geen medisch bezwaar is, mag u opnieuw naar uw kamer. Indien het medisch noodzakelijk is, overnacht u in de ontwaakkamer tot de volgende ochtend. Ook hier is er mogelijkheid tot bezoek van 19.30 tot 20.00 uur.

- Pijnbestrijding: een operatie veroorzaakt de eerste dagen pijn. Die proberen we zo goed mogelijk te controleren. U hoeft geen ondraaglijke pijn te hebben:
 - Na de ingreep zal u op geregelde tijdstippen pijnmedicatie krijgen. Indien deze pijnstilling onvoldoende blijkt, meld dit dan aan de verpleegkundige zodat die u nog medicatie kan bijgeven
 - De pijn zal bevraagd worden aan de hand van de NRS-score (een cijfer van één tot tien) of door middel van onderstaand pijnlatje.



Bij eventuele vragen over de medicatie kunt u steeds contact opnemen met: dr. Van Den Eeden, dienst anesthesie: tel. +32 3 443 46 20 of het secretariaat anesthesie: tel. +32 3 443 36 13.

- Mobilisatie: medicatie wordt zorgvuldig uitgekozen met als doel misselijkheid en duizeligheid te voorkomen. Dat heeft als voordeel dat op deze manier snelle mobilisatie mogelijk wordt. Vier uur na de operatie mag u al opkomen in het bijzijn van een verpleegkundige. Doe dit zeker niet alleen! De verpleegkundige zal u bij het opkomen begeleiden en u de correcte manier van opkomen aanleren. Het is de dag van de operatie enkel de bedoeling dat u opkomt om te plassen. Verder mag u deze dag rusten in bed.

De dag na de operatie

Vandaag zullen we het wat kalm aan doen. Uw infuus wordt verwijderd en nadien kunt u zichzelf grotendeels wassen en eventueel zelfs al een douche nemen. De pijnmedicatie wordt systematisch gegeven. Weet dat u steeds pijnmedicatie kunt bijvragen indien nodig. U mag opkomen en rondwandelen in de kamer. U hoeft niet de hele dag stil te liggen in uw bed, want u bent niet ziek! U kunt gerust een halfuur in de zetel zitten (langer is niet goed voor uw rug). Probeer ook uw maaltijd aan tafel te eten.

De kinesist komt in de loop van de dag langs om u uit te leggen wat u wel en niet mag doen de dagen in het ziekenhuis en de volgende weken, u te leren hoe u correct in/uit bed komt en hij neemt u ook mee voor een wandeling op de gang om gangpatroon en houding te controleren en eventueel te corrigeren. Als dit vlot gaat, mag u meerdere keren per dag proberen een korte afstand te wandelen.

Het is belangrijk dat de kinesist u kan zien na de ingreep. Daarom vragen we, indien u de kamer verlaat, om uw telefoonnummer bij de verpleging achter te laten.

Tijdens uw opname wordt u dagelijks tijdens de ochtendzaalronde door één van de neurochirurgen bezocht. U krijgt hierbij de mogelijkheid om vragen te stellen, papieren te laten invullen en bijkomende informatie over uw specifieke situatie te krijgen.

Via het verpleegkundig team kunt u of uw familie ook een afspraak vragen met één van de behandelende neurochirurgen.

Bezoekuren worden bij GZA Ziekenhuizen strikt gehanteerd. Die zijn doorlopend van 14 tot 20 uur.

We zullen u een zitsteun aanbieden die u geheel vrijblijvend kunt testen tijdens uw opname. Dit mobiele kussen helpt u om anatomisch correct en comfortabel te kunnen zitten. Indien u hier gemakkelijk op zit, bestaat de mogelijkheid om die zitsteun aan te kopen. Uw chirurg zal u dan een attest voor de hospitalisatieverzekering meegeven. Let wel, niet elke verzekeraar zal dit kussen terugbetalen. Dat is afhankelijk van uw polis en uw verzekeringsmaatschappij. Deze Backfriend® geniet een garantie van drie jaar en heeft een wasbare overtrekhoes.



De volgende dagen

U kunt zich zelfstandig verzorgen. Het is de bedoeling dat u gewone dagkledij draagt. Verder neemt u maaltijden zoveel mogelijk aan tafel. Probeer ook regelmatig even op te zitten en wat te wandelen op de gang.

Op de tweede dag na de ingreep overloopt de kinesist nog een keer de adviezen, eventuele vragen worden opgelost en hij neemt u mee om te oefenen om trappen te lopen, wat je moet kunnen alvorens je naar huis mag.

Uw ontslag

- Als u aan volgende criteria voldoet bent u in staat om naar huis te gaan



In en uit bed komen zonder hulp



Toiletbezoek zonder hulp



Traplopen mogelijk



25 meter stappen



Pijn onder controle met medicatie



Geen infectietekens ter hoogte van de wonde

- Het merendeel van de patiënten verlaat het ziekenhuis op de tweede dag na de operatie. Dat kan administratief gezien vanaf 11 uur
- Volgende documenten krijgt u mee bij uw ontslag:
 - ontslagbrief voor uw huisarts: daarin vindt u onder andere terug wanneer u de hechtingen mag laten verwijderen;
 - voorschrift voor thuismedicatie en een medicatieschema;
 - afspraak voor controleraadpleging bij de neurochirurg;
 - afspraken voor de opstart van de volledige kinebegeleiding;
 - attest voor arbeidsongeschiktheid;
 - eventuele ingevulde documenten voor hospitalisatieverzekering, mutualiteit ...

Eenmaal terug thuis

- Het is de bedoeling om uw **normale bezigheden** zo snel mogelijk terug op te nemen. Het is niet nodig om een ziekenhuisbed in uw woonkamer te plaatsen.
- Bij ontslag uit het ziekenhuis is de **pijn** in het been meestal grotendeels verdwenen. Wel kunt u nog wat last van spierpijn hebben ter hoogte van de rug. Daarom neemt u best de voorgeschreven pijnmedicatie op het voorgeschreven uur.
- De **Steunkousen** mag u uitlaten van zodra u meer dan 50% van de dag beweegt. Deze kunt u dan wassen en bijhouden voor een eventuele volgende hospitalisatie, een lange auto- of vliegreis.
- **Regelmatig bewegen** is van het allergrootste belang om uw spierkracht en uw beweeglijkheid te behouden. Een aantal adviezen worden meegegeven zoals:
 - niet langdurig zitten, maximaal een halfuur aan een stuk (in het ziekenhuis enkel om te eten);
 - dagelijks wandelen, langzaam op te bouwen in tijd en afstand (hoe lang en hoe ver bepaalt de rug);
 - regelmatig nog gaan liggen (drie à vier uur per dag afwisselend met stappen en zitten);
 - fietsen en autorijden, mag vanaf week drie;
 - zwemmen mag van zodra de wonde goed dicht is (ongeveer na twee weken), liefst geen schoolslag;
 - houding in bed verzorgen: gebruik bij ruglig een kussen onder de knieën of bij zijlig een kussen tussen de knieën, slapen in buiklig is sterk af te raden;
 - tijdens de eerste maand niets optillen of dragen dat zwaarder is dan vijf kilogram;
 - nooit buigen maar door de knieën gaan om bv. iets van de grond op te rapen;
 - licht huishoudelijk werk zoals koken of afwassen mag, zolang u er op let voldoende rustpauze te nemen. Zwaarder huishoudelijk werk zoals stofzuigen, strijken, dweilen, schrobben of tuinonderhoud mag niet gedurende de eerste maand;
 - rugrevalidatie mag opgestart worden vanaf week twee;
 - seksuele betrekkingen mogen op een rugvriendelijke manier (zolang dit geen pijn veroorzaakt).
- **Wondzorg:** hou het verband goed gesloten en droog. Als u merkt dat het verband opengaat of als het nat wordt bij het douchen, vervang het dan meteen. Anders kan de wonde geïnfecteerd geraken. Als u merkt dat er vocht lekt uit de wonde, neem dan contact op met uw huisarts.

- **Verwijderen van de hechtingen:** aan het einde van de operatie werd de wonde gesloten met een onderhuidse hechting (één enkel draadje). Het verwijderen van de hechtingen gebeurt best door uw eigen huisarts acht à tien dagen na de operatie. In geval van een onderhuidse hechting dienen enkel de eindknoopjes te worden verwijderd, de rest van het draadje lost vanzelf op na enkele weken. Indien de uiteinden van deze draad naar buiten zouden komen, mag u deze door de huisarts laten verwijderen.
- **Douchen en baden na de operatie:** indien u na de operatie thuis wenst te douchen, kan dit steeds met een speciaal waterdicht verband (bv. Tegaderm van 3M) dat over het wondverband moet worden gekleefd. Dat waterdicht verband kunt u bij de apotheek verkrijgen zonder voorschrift. Let wel: als het verband vanbinnen toch nat wordt, mag het niet ter plaatse blijven, anders raakt de wonde doorweekt en mogelijk geïnfecteerd. Vanaf twee dagen na het verwijderen van de hechtingen mag u zonder een verband een douche nemen. Baden kan pas vanaf vier weken na de operatie.

Neveneffecten

Dit zijn geen echte complicaties maar eerder ongemakken die soms, maar niet altijd voorkomen:

- gevoelloosheid van de huid in de omgeving van de wonde: dit kan soms lang aanhouden maar verdwijnt meestal geleidelijk en spontaan;
- vervelend gevoel of stijf gevoel in de onderrug;
- de uitstralingspijn, het slapend of tintelend gevoel in het been die voor de operatie aanwezig was, kan de eerste zes weken na de operatie een op- en neergaand verloop hebben. De geknelde zenuw heeft namelijk tijd nodig om zichzelf te herstellen.

Revalidatie

De revalidatie mag opgestart worden vanaf week twee na de operatie. Indien u hiermee in het ziekenhuis start, krijgt u van de revalidatiearts een voorschrift van 36 behandelingen à rato van twee behandelingen per week. Elke behandeling duurt ongeveer twee uur.

De inhoud van de revalidatie is allesomvattend: stabilisatieoefeningen worden gekoppeld aan theorie teneinde een correcte, functionele stabiele houding te verkrijgen. De revalidatie bestaat uit drie delen: een theoretisch gedeelte in de rugschool, grondoefeningen en toesteltraining op specifieke rugrevalidatietoestellen. Deze revalidatie gebeurt op de afdeling fysieke geneeskunde binnen het ziekenhuis.

De eerste twee behandelingen moeten op de dienst fysieke geneeskunde worden afgesproken, maar de volgende 34 behandelingen kunt u via een online agenda inboeken.

De openingsuren zijn van 8 tot 20 uur en dit op elke weekday.



Bij eventuele vragen na de operatie in verband met revalidatie:
secretariaat fysieke geneeskunde: tel. +32 3 443 38 65
afdeling rugrevalidatie: tel. +32 3 443 38 30

Wij wensen u alvast een comfortabel verblijf toe!

campus Sint-Augustinus
Oosterveldlaan 24
2610 Wilrijk
tel. + 32 3 443 30 11

www.gzaziekenhuizen.be