

Operatie van de dikke darm



Inhoud

Ligging en functie van de dikke darm	3
Aandoeningen van de dikke darm en bijbehorende symptomen	4
Dikke darmontsteking	4
Dikke darmtumor	4
Diagnose en onderzoek	6
Behandeling	6
Operatieve behandeling	7
Pre-operatieve screening en anesthesie	7
De opname	7
Voorafgaande aan de operatie	7
De operatie	9
Na de operatie	11
Voeding	12
Beweging	12
Pijnbestrijding	13
Laxeren	13
Wat u zelf kunt bijdragen aan uw herstel	14
Mogelijke complicaties	14
Na de behandeling	14
Leefregels	15
Wanneer moet u contact opnemen?	16
Vragen	16
Contactgegevens	16

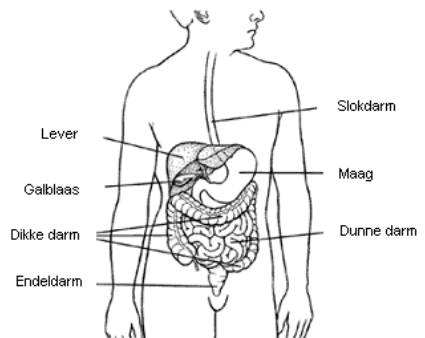
Operatie van de dikke darm

Binnenkort heeft u een afspraak voor een onderzoek of behandeling voor een aandoening aan de dikke darm. In deze folder kunt u de informatie over het onderzoek nog eens nalezen.

Het is goed om u te realiseren dat de situatie voor u persoonlijk anders kan zijn dan hier is beschreven.

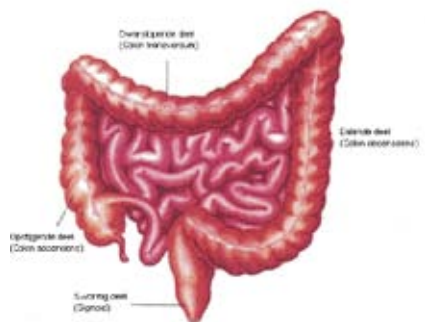
Ligging en functie van de dikke darm

Ons voedsel komt via de slokdarm en de maag in de dunne darm terecht. Daar wordt het voedsel grotendeels verteerd en opgenomen in het bloed. Wat er daarna overblijft, komt terecht in de dikke darm waarna het via de endeldarm het lichaam verlaat.



De dikke darm is het laatste deel van het spijsverteringskanaal. Het bevindt zich in de buikholte en is ongeveer 1,5 meter lang. De dikke darm bestaat uit vier gedeelten.:

- het opstijgende deel (colon ascendens) is het gedeelte, dat vanaf de dunne darm in de rechter buikhelft naar boven loopt. Aan het begin bevindt zich de blinde darm (coecum) met daaraan vast het wormvormig aanhangsel (appendix);
- nabij de lever gaat de dikke darm over in het dwarslopende deel (colon transversum), dat dwars in de bovenbuik loopt;



- dan volgt het dalende deel (colon ascendens), dat in de linker buikhelft naar beneden loopt;
- tenslotte volgt het S-vormig deel (sigmoid), dat uitmondt in de endeldarm, met aan het eind de sluitspier (anus).

Aandoeningen van de dikke darm en bijbehorende symptomen

Er bestaan verschillende aandoeningen waarvoor een dikke darm operatie nodig kan zijn. In deze folder leest u de meest voorkomende.

Dikke darmontsteking

Een veel voorkomende afwijking in de dikke darm is *diverticulose*, waarbij het slijmvlies door de wand uitpuilt door drukverhoging; net zoals de binnenband van een fiets door een gat in de buitenband kan uitpuilen. Zijn deze divertikels ontstoken, dan spreekt men van diverticulitis. Bij *diverticulitis* kunnen er aanvallen van pijn en koorts optreden en de darm kan vernauwd raken. Een operatie kan dan nodig zijn.

Bij de *ziekte van Crohn* kan een deel van de dikke darm ontstoken zijn. *Colitis ulcerosa* is een ontsteking van de hele dikke darm. Als de ontsteking niet goed reageert op medicijnen, kan een darmoperatie noodzakelijk zijn.

Dikke darmtumor

Het lichaam is opgebouwd uit cellen, die samen verschillende weefsels vormen. Doorlopend worden er nieuwe cellen aangemaakt om te kunnen groeien en om beschadigde, verouderde en dode cellen te kunnen vervangen. Dit gebeurt door celdeling. In de loop der tijd kunnen cellen onherstelbaar beschadigd raken, door blootstelling aan allerlei schadelijke invloeden (zoals roken, verkeerde voeding, alcohol). Er delen zich meer celen dan er afsterven, waardoor het evenwicht tussen celgroei en celdood verstoord raakt. Door deze overmatige celdeling ontstaat een tumor (gezwel). Een tumor kan goedaardig of kwaadaardig zijn.

Een poliep is een vorm van een goedaardige tumor. Als poliepen nog klein zijn, kunnen ze doorgaans via een endoscoop (zie volgende bladzijde) verwijderd worden en is een operatie niet nodig. Bij grote poliepen is een operatie wel nodig. *Polyposis coli* is een erfelijke aandoening van de dikke darm, waarbij honderden goedaardige poliepen voorkomen. Als deze poliepen niet worden verwijderd, ontaarden enkele op den duur in dikke darmkanker. Vanwege het hoge risico op dikke darmkanker kan het, uit voorzorg, nodig zijn om de hele dikke darm te verwijderen.

Bij darmkanker spreken we van een kwaadaardige tumor. De darmkanker die het meeste voorkomt is het *adenocarcinoom*. Hierbij ontstaat kanker in de slijmcellen, die de binnenste bekleding vormen van de dikke darm. Dikke darmkanker ontwikkelt zich vrijwel altijd vanuit een goedaardige poliep van het darmslijmvlies.

Darmkanker kan gepaard gaan met heel wat verschillende symptomen, die echter niet typisch zijn voor deze ziekte. De aard van de symptomen en de snelheid waarmee ze optreden verschilt naargelang de plaats van de tumor in de dikke darm.

Een tumor aan het uiteinde van de dikke darm (sigmoid) kan gepaard gaan met bloedverlies via de anus, bloedsporen in de ontlasting of op het wc-papier. Andere symptomen die kunnen wijzen op darmkanker zijn een onverklaarbare en aanhoudende verandering van het ontlastingpatroon (verstopping, diarree of afwisselend), loze aandrang (het gevoel dat u naar het toilet moet, zonder dat er ontlasting komt) of minder grote ontlasting.

Een tumor hogerop in de dikke darm kan langer onopgemerkt blijven. Dit kan gepaard gaan met vermoeidheid, onverklaarbaar vermageren of aanhoudende buikpijn.

Diagnose en onderzoek

Om tot een dikke darmoperatie te besluiten, moeten eerst de nodige onderzoeken plaatsvinden. Uw internist of Maag-Darm-Leverspecialist bepaalt welke onderzoeken dit zijn. Het doel van deze onderzoeken is te weten te komen waar de aandoening precies zit, wat de aard en de eventuele uitbreiding is.

Zo wordt er meestal een *endoscopie* verricht. Hierbij wordt met een dunne, flexibele buis via uw anus in uw darmen gekeken, waarbij vaak weefselmonsters (biopten) worden genomen voor onderzoek. Ook kan er een röntgenfoto met contrast van de darmen worden gemaakt. Tevens zal er een CT- scan (soort driedimensionale röntgenfoto) van de buik worden gemaakt. Hiermee kan beoordeeld worden of de tumor mogelijk ook in andere organen is doorgegroeid en of er uitzaaiingen zijn.

Daarnaast is nog meer onderzoek nodig (longfoto, hartfilmpje, bloedonderzoek) om te kijken hoe uw algemene conditie is. Op grond van de resultaten van deze onderzoeken kunnen artsen het stadium van de ziekte bepalen. Dit is afhankelijk van de grootte van de tumor, de mate van doorgroei in de omringende organen en de aanwezigheid van uitzaaiingen.

In geval van darmkanker zijn het type dikke darmkanker, stadium waarin de kanker zich bevindt, de plaats van de tumor en uw algehele conditie van belang voor het vaststellen van de behandeling. Een operatie kan worden uitgevoerd wanneer uit onderzoek is gebleken dat de tumor waarschijnlijk niet is ingegroeid in- of uitgezaaid naar andere organen.

Behandeling

Wanneer een behandeling is gericht op het genezen van een patiënt, wordt dat een curatieve behandeling genoemd. Bij een behandeling bedoeld om de ziekte te remmen en om de klachten te verminderen, spreekt men van een palliatieve behandeling. In deze folder richten wij ons op de curatieve fase.

In deze fase geeft chirurgie, ofwel een operatieve behandeling, de grootste kans op genezing.

Operatieve behandeling

Pre-operatieve screening en anesthesie

U wordt geopereerd en bent daarom doorverwezen naar de polikliniek Pre-operatieve screening. Op deze polikliniek bekijkt de anesthesioloog of de operatie voor u extra gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Dit noemen we pre-operatieve screening. Tijdens dit gesprek komen een aantal onderwerpen aan bod. Dit zijn onder ander de soort verdoving (anesthesie) en pijnstilling. Ook bespreekt u waarop u moet letten met eten, drinken en roken op de dagen rondom de operatie. Daarnaast maakt u afspraken over hoe u op die dagen uw medicijnen gebruikt. Dit geldt ook voor bloedverdunners. Bespreek het gebruik van bloedverdunners ook altijd met uw behandelend arts. Als u medicijnen gebruikt, neem dan een actueel medicijverzicht of medicijnpaspoort mee.

Op de polikliniek Pre-operatieve screening kunt u alleen terecht op afspraak. De polikliniek is telefonisch bereikbaar van maandag t/m vrijdag tussen 08.00 en 17.00 uur via telefoonnummer 040 - 239 85 01.

Meer informatie over pre-operatieve screening en verdoving vindt u in de folder 'Anesthesie'.

De opname

Nadat alle vooronderzoeken en gesprekken zijn afgerond, komt u op een wachtlijst te staan voor de operatie. Een medewerker van de polikliniek neemt ongeveer twee dagen voor de operatie contact met u op, om door te geven wanneer u wordt opgenomen. U hoort tevens wanneer u zich moet melden en op welke afdeling. Op de dag van de opname kunt u zich melden aan de balie bij de afdelingssecretaresse. Een verpleegkundige brengt u vervolgens naar uw kamer en informeert u over de verdere gang van zaken op de afdeling. Neem bij opname alle medicijnen mee die u thuis gebruikt.

Voorafgaande aan de operatie

Nadat de verpleegkundige u heeft geholpen met het installeren op de kamer, voert de verpleegkundige een aantal controles bij u uit. Zo worden uw temperatuur en posslag gemeten. Verder wordt een injectie

toegediend om trombose te voorkomen. Tenslotte neemt een laborant bloed bij u af.

Darmvoorbereiding

Het totaal reinigen van de darm voor een operatie heeft veel nadelen. Het is niet alleen onprettig voor u, maar geeft ook grote kans op uitdroging en een slechtere conditie voor de operatie, hetgeen ongunstig is voor het herstel na de operatie. Deze totale darmreiniging wordt daarom voor een dikke darmoperatie niet meer toegepast.

Wanneer u aan het eerste stuk van de dikke darm (rechts) geopereerd wordt, krijgt u geen laxeermiddel. De ontlasting is in het eerste stuk van de dikke darm nog heel dun en kan door de chirurg gemakkelijk verwijderd worden.

Wordt u aan het laatste stuk van de dikke darm (links) geopereerd, dan krijgt u de avond voor de operatie (rond 20.00 uur) en de ochtend van de operatie (rond 6.00 uur) een klysma. Hierbij brengt een verpleegkundige een canule (dun buisje) in de anus. Via deze canule wordt een vloeistof in de darmen gebracht. Ongeveer vijf tot twintig minuten na het inbrengen, ontstaat een hevige aandrang, waarna vloeistof en ontlasting naar buiten komen en de darm schoon is.

Voeding voorafgaand aan de operatie

- U mag de dag vóór de operatie gewoon eten en drinken, tot 24.00 uur 's nachts.
- Vervolgens mag u tot 06.00 uur de ochtend van de operatie niet eten, alleen water drinken.
- U krijgt u om 05.30 uur twee pakjes PreOp die u voor 06.00 uur moet innemen, aangezien u twee uur voor de operatie niets meer mag drinken. PreOp is een helder drankje met citroensmaak, dat voornamelijk bestaat uit suikers. Uit onderzoek is gebleken dat het drinken van PreOp voor de operatie een gunstig effect heeft op het herstel na de operatie.

Slaap- en kalmeringstabletten

Slaap- en kalmeringstabletten worden vóór de operatie niet standaard gegeven. De kans dat u na de operatie nog suf bent van de slaap- of kalmeringstabletten is namelijk erg groot als u hier niet aan gewend bent. Bij sufheid is het moeilijk om het herstel na de operatie in gang te zetten met drinken, eten en bewegen. Wanneer u dagelijks een slaap- of kalmeringstablet gebruikt, mag u deze blijven nemen. Sufheid komt namelijk veel minder voor wanneer u deze tabletten gewend bent. Bent u erg nerveus voor de operatie, overleg dan met de anesthesist of deze toch een slaap- of kalmeringstablet kan voorschrijven.

De operatie

De verpleegkundige zorgt dat u op de dag van uw operatie 's ochtends klaar bent voor de operatie. Zodra u aan de beurt bent, brengt de verpleegkundige u met bed naar de voorbereidingskamer. De operatieassistent haalt u hier op zodra de operatiekamer gereed is.

Voor de operatie wordt tussen de rugwervels een slangetje (epidurale katheter) ingebracht dat het mogelijk maakt om op de plaats van de operatie de pijn te bestrijden. Door deze plaatselijke verdoving, is er veel minder morfine nodig na de operatie. Bijwerkingen van morfine, zoals sufheid en het stilvallen van de darmwerking, komen daarom veel minder voor. Vooral het niet stilvallen van de darmwerking is belangrijk voor een snel herstel. Hierdoor kunt u meteen na de operatie weer eten en drinken.

Na het inbrengen van de epidurale katheter krijgt u algehele narcose toegediend. De algehele narcose is zo afgestemd, dat u niets merkt van de operatie, maar toch binnen een half uur na het beëindigen van de operatie alweer bij bewustzijn bent.

Operatietechnieken

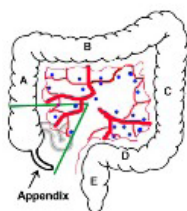
Er bestaan verschillende operatietechnieken aan de dikke darm. De operatietechniek is onder andere afhankelijk van de plaats van de tumor. De operatie kan plaatsvinden via een open of laparoscopische procedure. Bij de open procedure wordt een grote snede gemaakt.

Bij de laparoscopische procedure worden meerdere kleine wondjes worden gemaakt. Via een sneetje wordt een laparoscopioop in de buik gebracht. Dit is een lange dunne buis met een kleine camera eraan. Het beeld dat de camera geeft, wordt weergegeven op een televisiescherm. Hierdoor kan de chirurg in de buikholte kijken. Via de andere sneetjes worden instrumenten ingebracht waarmee geopereerd wordt.

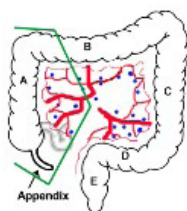
Vanzelfsprekend legt de arts voor de operatie aan u uit welk type operatie hij bij u denkt te verrichten.

De verschillende technieken zijn:

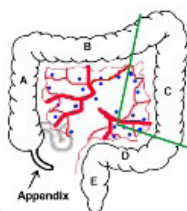
Ileocecaal resectie: Hierbij wordt het gedeelte verwijderd waar de dunne darm overgaat in de dikke darm (zie afbeelding hieronder).



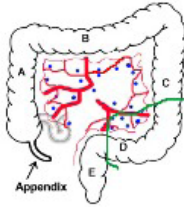
Hemicolectomie rechts: Hierbij wordt een deel van de blinde darm (appendix) met een deel van het dwarslopende deel van de dikke darm verwijderd (gebied A aangegeven in de linker tekening hieronder). Er wordt een verbinding gemaakt tussen de dunne darm en het dwarslopende deel van de dikke darm.



Hemicolectomie links: Hierbij wordt een deel van het dwarslopende deel van de dikke darm tot aan het sigmoïd verwijderd (gebied C in de tekening hieronder). Het sigmoïd is het laatste deel van de dikke darm, dat overgaat in de endeldarm. Er wordt een verbinding gemaakt tussen het dwarslopende deel van de dikke darm en het sigmoïd.



Sigmoïdrectie: Hierbij wordt het sigmoïd verwijderd. (zie gebied D in de tekening rechtsboven) Er wordt een verbinding gemaakt tussen het afdalende deel van de dikke darm en de endeldarm.



Het gedeelte van de darm dat tijdens de operatie wordt verwijderd, wordt in het laboratorium onderzocht. Na een à twee weken is de uitslag van dit onderzoek bekend. Deze wordt besproken tijdens de eerstvolgende oncologiebespreking binnen een zogeheten *'multidisciplinair team'*, bestaande uit specialisten die met elkaar samenwerken zoals de oncologisch chirurg, de medisch oncoloog en de Maag-Darm-Leverarts. Hierna informeert de afdelingsarts u en uw familie over de ingreep, de uitslag en eventuele nabehandeling.

Na de operatie

Na de operatie verblijft u een aantal uren op de uitslaapkamer (Recovery) om daarna terug te gaan naar de afdeling Algemene Chirurgie voor verder herstel.

Direct na de operatie bent u door een aantal slangen verbonden met apparaten. Dat kunnen zijn:

- een infuus voor toediening van vocht en medicatie;
- een dun slangetje in uw rug voor pijnbestrijding (epiduraal katheter);
- een slangetje via uw plasbuis in uw blaas (blaaskatheter) voor afloop van urine.

Naarmate u verder herstelt na de operatie worden al deze hulpmiddelen verwijderd.

De buikwond bevat na de operatie een pleister, die de verpleegkundige er de eerste dag na de operatie afhaalt. Vervolgens wordt deze wond één keer daags verbonden met een absorberend verband totdat deze droog is. Meestal wordt de wond onderhuids gehecht. Er worden dan hechtpleisters (steristrips) op de huid geplakt. De verpleegkundige verwijdert de hechtpleisters na vijf dagen.

Soms wordt de wond gesloten met nietjes, die na de tiende dag worden verwijderd door de verpleegkundige. De chirurg bekijkt welke toepassing voor u geschikt is.

Voeding

Bij terugkomst van de uitslaapkamer krijgt u een glas water. Misselijkheid is de enige reden om niet te drinken. Hoewel op het einde van de operatie uit voorzorg een middel tegen misselijkheid wordt gegeven, kan misselijkheid niet altijd worden voorkomen. Vooral de grootte van de operatie en de reactie van het lichaam hierop, bepalen of u misselijk wordt. Vrouwen blijken gevoeliger te zijn voor misselijkheid dan mannen. Het is belangrijk om na de operatie eventuele misselijkheid goed aan te geven bij de verpleegkundigen, zodat zij u tijdig medicatie hiertegen kunnen geven.

Als u niet misselijk bent na de operatie, probeer dan de rest van de dag minstens een halve liter te drinken. Als avondeten krijgt u een vloeibare maaltijd aangeboden. U voelt zelf of u in staat bent te eten. De eerste dag na de operatie krijgt u 's ochtends en 's middags weer vloeibaar eten. Als u niet misselijk bent, krijgt u 's avonds de eerste normale broodmaaltijd.

Zodra het drinken goed gaat, wordt het infuus verwijderd.

Beweging

Bewegen is niet alleen belangrijk om trombose te voorkomen, maar ook om verlies van spierkracht tegen te gaan. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat wanneer u rechtop zit, de ademhaling beter is. Luchtweginfecties komen daardoor minder voor en de zuurstofvoorziening naar de wond is beter, hetgeen gunstig is voor de genezing.

Na de operatie wordt zo snel mogelijk gestart met bewegen, onder begeleiding van een verpleegkundige. De dag van de operatie moet u proberen een uur in een stoel te zitten. Als het mogelijk is, kunt u onder begeleiding van een verpleegkundige al een stukje over de gang wandelen.

Een lage bloeddruk is de belangrijkste reden waarom het uit bed komen soms niet lukt. Dit kan één van de bijwerkingen zijn van de plaatselijke verdoving via de epidurale katheter. Daarom moet een verpleegkundige u begeleiden, wanneer u voor de eerste keer uit bed gaat. De verpleegkundige kan dan in de gaten houden hoe het met u gaat.

De dagen na de operatiedag moet u proberen minstens zes uur uit bed te zijn en twee maal per dag een wandeling te maken over de afdeling. Wanneer u niet in staat bent uit bed te komen, probeer dan zoveel mogelijk rechtop in bed te zitten.

Pijnbestrijding

Naast de epidurale pijnbestrijding krijgt u ook tabletten (paracetamol) tegen de pijn. Het is belangrijk deze pijnstillers in te nemen, ook als u geen pijn heeft (bijvoorbeeld als u in bed ligt). De inname van de pijnstillers zorgt ervoor dat u bij druk op de buik of inspanning (bijvoorbeeld bij het uit bed komen) minder tot geen pijn heeft. Een goede pijnbestrijding is van groot belang voor een snel herstel. Uiteraard verschilt de mate van pijn van persoon tot persoon. Een verpleegkundige van het pijnteam komt één keer per dag bij u langs, om samen met u te bespreken of de pijnstilling voldoende is en past de dosering aan bij meer pijn.

Twee dagen na de operatie wordt de epidurale katheter verwijderd. Naast de paracetamol wordt dan gestart met een extra pijnstiller (naprosyne). Naprosyne kan maagklachten geven. Daarom wordt de naprosyne vaak in combinatie met een maagbeschermer (pantoprazol) gegeven. Deze medicijnen worden gestopt zodra u met ontslag gaat.

Laxeren

U krijgt gedurende de opname tweemaal per dag een laxeermiddel (magnesiumhydroxide), dat ervoor zorgt dat u ontlasting heeft. Dit is om de werking van de dikke darm te bevorderen en om verstopping te voorkomen. De darmen waren immers niet leeg voor de operatie. Zodra u met ontslag gaat, of eerder als u diarree krijgt, wordt het laxeermiddel gestopt.

Wat u zelf kunt bijdragen aan uw herstel

U herstelt het beste en voelt zich sneller beter als u zelf probeert actief mee te werken en de instructie van de artsen en verpleegkundigen zo goed mogelijk opvolgt.

Mogelijke complicaties

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo zijn ook bij dikke darmoperatie de normale risico's op complicaties aanwezig, zoals nabloeding, wondinfectie, trombose of longontsteking. Bij een nabloeding kan met spoed een nieuwe operatie nodig zijn. Bij een wondinfectie duurt de genezing langer dan normaal en het kan zijn dat uw ziekenhuisverblijf verlengd wordt.

Een vervelende complicatie is als er een lek ontstaat in de verbinding die is gemaakt tussen de resterende delen dikke darm. De inhoud van de darm lekt weg in de buik en kan zorgen voor ontsteking van het buikvlies. De symptomen zijn: een bolle, gespannen buik, misselijkheid en braken, koorts en buikpijn. Vaak kan de ontsteking van buitenaf onder röntgenbegeleiding gedraineerd worden. Hierbij wordt een slangetje (drain) in de buik gebracht dat het wondvocht opvangt. Door dit slangetje kan het ontstekingsgebied eventueel gespoeld worden. Soms is er toch een nieuwe operatie nodig, waarbij de buikholte schoongemaakt wordt.

Na de behandeling

Als alles goed gaat, mag u naar huis vanaf de derde dag na de operatie - mits aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- u heeft ontlasting gehad;
- u verdraagt normaal eten;
- u heeft goede pijnbestrijding.

Uiteraard wordt de definitieve beslissing of u naar huis mag in overleg met u genomen. Bij ontslag krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle.

Wanneer u weer helemaal van de operatie hersteld zal zijn, is moeilijk aan te geven. Dat hangt af van de grootte van de operatie en hoe uw

conditie voor de operatie was. Als u weer thuis bent, kunt u merken dat u nog snel moe bent en minder eetlust heeft. Dit kan soms lang duren, variërend van enkele weken tot zelfs enkele maanden.

Leefregels

Als u weer thuis bent, is het belangrijk dat u zich zo goed mogelijk aan de volgende leefregels houdt:

- **Algemeen:** Het is raadzaam om de temperatuur op te nemen als u zich koortsig voelt. Geringe temperatuurverhoging tot 38,5° C is een normale reactie na een operatie.
- **Douchen/ baden:** U mag kortdurend douchen, vanaf de tweede dag na de operatie, ook met hechtpleisters. Baden en zwemmen mag na twee weken, als de wond dicht is.
- **Lichamelijke activiteiten:** Het is raadzaam om de eerste zes weken geen zware werkzaamheden te verrichten of zwaar te tillen. Vermijd de eerste zes weken contactsporten en sporten die veel lichamelijke inspanning vergen. Doe de eerste weken rustig aan met fietsen en autorijden. U mag maximaal één uur aaneengesloten fietsen of autorijden.
- **Medicijnen:** Pijn verdwijnt meestal binnen enkele dagen. Een milde pijnstillers als Paracetamol kan goed helpen. Neem geen andere pijnstillers in dan paracetamol, maar overleg altijd eerst met uw huisarts. De medicijnlijst die u meekrijgt bij het ontslag, geldt als recept voor de apotheek.
- **Seksualiteit:** Geen beperkingen
- **Voeding:** Geen beperkingen
- **Werken:** Afhankelijk van de operatie en de nabehandeling, kunt u in overleg met de arts weer beginnen met werken. Dit is afhankelijk van het soort werk dat u verricht en uw lichamelijke conditie.
- **Wondverzorging:** Een nieuw verband is alleen nodig indien de wond nog doorlekt. U mag de hechtpleisters na vijf dagen zelf verwijderen

Wanneer moet u contact opnemen?

Het is belangrijk om bij de volgende verschijnselen contact op te nemen met de polikliniek Algemene Chirurgie of met uw huisarts:

- Bij nabloeding, roodheid, zwelling of koorts hoger dan 38,5° celsius;
- Bij benauwdheid of pijn bij de ademhaling.

Vragen

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, neem dan contact op met de polikliniek Chirurgie.

Contactgegevens

Catharina Ziekenhuis

Telefoon 040 - 239 91 11

www.catharinaziekenhuis.nl

Spoedeisende Hulp

040 - 239 96 00

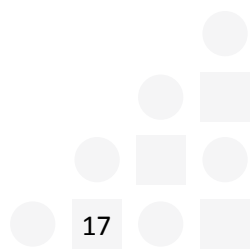
Polikliniek Chirurgie

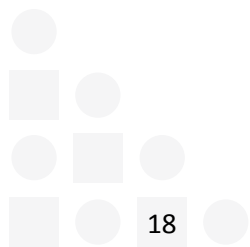
040 - 239 71 50

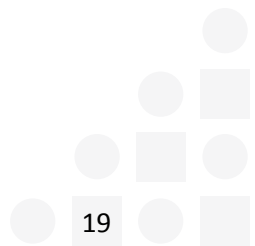
Verpleegafdeling Chirurgie

040 - 239 79 50

Routenummer(s) en overige informatie over de afdeling Chirurgie kunt u terugvinden op www.catharinaziekenhuis.nl/chirurgie.









Altijd als eerste op de hoogte?

Meld u dan aan voor onze nieuwsbrief:

www.catharinaziekenhuis.nl/nieuwsbrief

Michelangelolaan 2 – 5623 EJ Eindhoven
Postbus 1350 – 5602 ZA Eindhoven