



Operatie bij maagkanker

Deze folder geeft u informatie over de operatieve behandeling van maagkanker. Algemene informatie over maagkanker, de klachten, oorzaken, onderzoeken en mogelijke behandelingen leest u in de folder 'Maagkanker' van het KWF. Het is goed u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan in deze folder beschreven is.

Patiëntenvoorlichting door de chirurg: de maagoperatie

U bent in goede handen in Gelre ziekenhuizen Apeldoorn. Een maag operatie is een grote complexe ingreep met vele mogelijke complicaties. In handen van ons ervaren team is het percentage complicaties lager dan het landelijke gemiddelde. Gelre Apeldoorn is een gespecialiseerd ziekenhuis voor de behandeling van slokdarm-/ maag tumoren en voldoet aan de actuele kwaliteitseisen en volumennormen.

Gelre ziekenhuizen heeft sinds begin 2016 een samenwerkingsverband met Isala (Zwolle). Patiënten worden vanuit Isala naar Gelre verwezen en gaan na het herstel weer terug naar hun eigen ziekenhuis voor de nacontroles en eventuele nabehandeling. Daarnaast heeft Gelre ziekenhuizen een nauw samenwerkingsverband op dit vakgebied met MCN Oesophagus / Maag in Noord Oost Nederland.

Tijdens het behandeltraject wordt u begeleid door de chirurgisch verpleegkundigen. Zij zijn ook telefonisch bereikbaar voor eventuele vragen. Aarzel niet om contact met hen op te nemen:

- maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag, via tel: 055 – 844 6381

Meer informatie?

Zie de websites www.kanker.nl, www.kwf.nl en <https://spks.nl>.

Operatieteam

In Gelre ziekenhuizen wordt iedere maagoperatie uitgevoerd door ervaren gespecialiseerde chirurgen ondersteund door een team van deskundige anesthesiologen en intensive care artsen. De operatie wordt altijd door twee chirurgen uitgevoerd.

Het chirurgenteam voor deze operaties bestaat uit dr. P.van Duijvendijk, E.J. van Nieuwenhoven, dr. E.G.J.M. Pierik, dr.E.B.Wassenaar en dr. E.S. van der Zaag. Uw operateur is bij voorkeur wel, maar niet altijd, diegene die u op de polikliniek hebt gesproken. Het team kent van elkaar alle details van de patiënt en ze werken volgens dezelfde protocollen.

Patiënteninformatie wordt met de grootste zorg samengesteld. Het betreft algemene informatie.

U kunt aan deze uitgave geen rechten ontlenen.

© Gelre ziekenhuizen
www.gelreziekenhuizen.nl



De maag

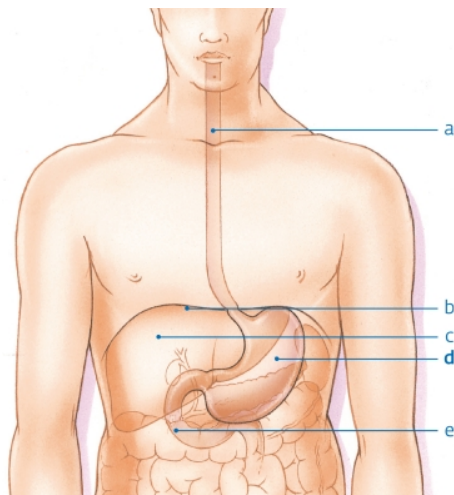
De maag is een onderdeel van het spijsverteringskanaal en ligt linksboven in de buik, vlak onder het middenrif.

De maag bestaat uit verschillende gedeelten:

- Maagingang of cardia: dit is het gebied waar de slokdarm uitmondt in de maag.
- Maagkoepel of fundus: dit is het deel dat tegen het middenrif aanligt.
- Middelste deel van de maag: de corpus.
- Maaguitgang met de sluitspier of pylorus: dit is het eerste deel van de dunne darm. Hier verlaat het voedsel de maag en komt in de twaalfvingerige darm terecht.

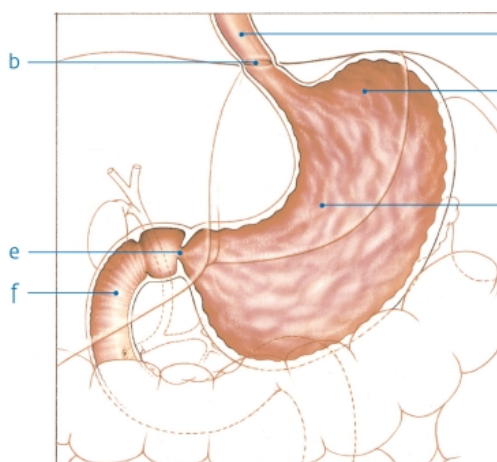
Rondom de maag bevindt zich een groot aantal lymfeklieren. Aan de onderzijde van de maag 'hangt' een vetschort. Dit vetschort bedekt een groot deel van de darmen.

De dikke darm ligt aan de onderkant tegen de maag aan.



Figuur 1.

- a. slokdarm
- b. middenrif
- c. lever
- d. milt
- e. twaalfvingerige darm



Figuur 2.

- a. slokdarm
- b. maag ingang
- c. maag koepel
- d. middelste deel
- e. sluitspier
- f. twaalfvingerige darm

Bron: KWF Kankerbestrijding, www.kanker.nl

Reden voor deze operatie

De reden voor deze operatie is dat er een tumor in de maag zit.



Het behandelplan

Na een reeks van onderzoeken (zoals bloedonderzoek, CT scan, PET scan) is de diagnose gesteld. Hierna wordt u besproken in de multidisciplinaire oncologie-bespreking. Daarbij is het hele team van op dit gebied gespecialiseerde artsen en ondersteunend personeel aanwezig. Zij stellen samen zorgvuldig uw optimale behandelplan op. Dit plan en alle bijkomende aspecten bespreekt de chirurg uitgebreid met u op de polikliniek zodat u een weloverwogen keuze kan maken. Voor iedere behandeling moet u persoonlijk toestemming geven. U mag hier natuurlijk altijd op terug komen.

Als er geen uitzaaiingen zijn, is de behandeling gericht op genezing (curatieve behandeling). Het operatief verwijderen van de maag of een deel van de maag is dan de eerste keuze. Deze operatieve behandeling wordt meestal gecombineerd met chemotherapie.

Voor de operatie

Voor de operatie krijgt u een telefonische afspraak met de anesthesioloog. De anesthesioloog is de medisch specialist die verantwoordelijk is voor de narcose tijdens de operatie en de pijnbestrijding daarna. Hij beoordeelt het risico van de narcose en laat zo nodig aanvullend onderzoek doen. Meestal is dit een bloedonderzoek, een hartfilmpje of een poliklinisch onderzoek bij de cardioloog of longarts. De anesthesioloog spreekt ook met u af welke medicijnen u wel of niet mag innemen voor de operatie.

In de aanloop naar de operatie is het belangrijk om in een goede conditie te komen. Het is verstandig gezond te eten, voldoende te slapen en dagelijks te bewegen (bijvoorbeeld door wandelen of fietsen). Het is ook zeer raadzaam om te stoppen met roken en geen alcohol te drinken, mocht dat op u van toepassing zijn. De diëtist neemt zo nodig contact met u op voor de operatie om samen met u te kijken hoe u in een zo'n goed mogelijke voedingsconditie kan komen.

Operatie datum:

Opname datum:

Twee dagen voor de operatie begint u met antibiotica, namelijk SDD: selectieve darmdecontaminatie. De chirurgisch verpleegkundige geeft u uitleg over de inname. Start SDD: 4 x daags 10 ml:

Vijf dagen voor de operatie begint u met het gebruik van hibiscrub en bactroban neuszalf volgens de instructies. De chirurgisch verpleegkundige geeft u uitleg. Start Hibiscrub en Bactroban neuszalf:

Tevens worden er TED kousen aangemeten. Deze krijgt u de dag van de operatie aan tot aan de tweede dag postoperatief. Dit is ter preventie van trombose en ter voorkoming dat er veel vocht in de benen zakt.

Patiënteninformatie wordt met de grootste zorg samengesteld. Het betreft algemene informatie.

U kunt aan deze uitgave geen rechten ontleen.

© Gelre ziekenhuizen
www.gelreziekenhuizen.nl



De dag voor de operatie

Voeding

U mag de dag vóór de opname gewoon eten en drinken. Het is belangrijk dat u de dag voor de operatie minstens anderhalve liter drinkt. Lees zorgvuldig de instructie in de brochure 'Pre-operatieve screening en anesthesie' zodat u weet hoe lang u van tevoren moet stoppen met eten en drinken en welke andere voorbereidingen u moet treffen.

PreOp drank

U krijgt van de gespecialiseerd verpleegkundige twee flesjes preOp mee. De ochtend van de operatie drinkt u deze twee pakjes. PreOp is een helder drankje met citroensmaak dat voornamelijk bestaat uit suikers. Uit onderzoek is gebleken dat het drinken van preOp een positief effect heeft op het herstel na de operatie.

Wordt u al vroeg geopereerd? Dan is het belangrijk beide pakjes al vroeg te drinken.

U mag vanaf twee uur voor de operatie niets meer drinken, dus preOp mag u tot 2 uur voor de operatie drinken.

Bent u diabetes patiënt? Dan mag u geen preOp dingen vanwege de hoeveelheid suikers.

De verschillende behandelingen bij maagkanker

Er zijn verschillende behandelingen mogelijk bij maagkanker.

Curatieve behandeling

Hierbij is genezing het doel. Onderdeel daarvan kan een aanvullende behandeling zijn die soms voor en soms na de operatie gegeven wordt: een (neo-)adjuvante behandeling.

Adjuvante behandeling

Een adjuvante behandeling is een aanvullende behandeling. U krijgt deze na een eerdere behandeling die in opzet genezend is. De adjuvante behandeling is bedoeld om een beter eindresultaat te bereiken. Een voorbeeld van een adjuvante behandeling is bestraling of chemotherapie na een operatie.

Neo-adjuvante behandeling

Een neo-adjuvante behandeling is vergelijkbaar met de adjuvante behandeling. Het is ook gericht op een beter eindresultaat. Neo-adjuvant betekent dat u deze aanvullende behandeling vóór de andere behandeling krijgt. Een voorbeeld is chemotherapie of bestraling om de tumor kleiner te maken vóór een operatie.

De grootte, uitbreiding en de plaats van de tumor zijn belangrijk bij het bepalen van de juiste behandeling. Daarnaast spelen uw lichamelijke en/of geestelijke conditie een rol en het al dan niet aanwezig zijn van uitzaaiingen. Uw behandelend arts zal de verschillende mogelijkheden met u bespreken.

De mogelijke behandelingen bij maagkanker zijn:

- operatie (chirurgie)
- chemotherapie (behandeling met celdelingremmende medicijnen)
- radiotherapie (bestraling)
- plaatsen van een voedingsbuisje (endoprothese of stent)



Vaak is een combinatie van deze behandelmethoden noodzakelijk.

Maagoperatie

Bij maagkanker zonder uitzaaiingen is een operatie de meest voorkomende behandeling. Bij een operatie wordt de tumor verwijderd met een deel van het daaromheen liggende gezonde maagweefsel. Meestal worden ook de lymfeklieren in het gebied van de maag weggehaald. Dit wordt gedaan om uitzaaiingen via de lymfeklieren zo veel mogelijk te voorkomen.

Wanneer de tumor te groot is of als er al uitzaaiingen zijn, dan is een operatie niet altijd mogelijk. Soms kan via chemotherapie de tumor verkleind worden, waarna de operatie alsnog kan worden uitgevoerd.

Vóór de operatie is niet altijd met zekerheid bekend of de ingreep curatief zal zijn. Het komt voor dat de chirurg tijdens de operatie vaststelt dat de tumor niet (geheel) te verwijderen is of dat er uitzaaiingen zijn en dat hij besluit niet verder te opereren. Op dat moment kan ook worden besloten tot een palliatieve operatie, die meestal minder uitgebreid is en erop gericht is om de klachten te verminderen of om klachten te voorkomen.

Er zijn verschillende operatietechnieken en behandelmogelijkheden

Afhankelijk van de plaats en de grootte van de tumor zijn de volgende operaties mogelijk:

Distale maagresectie

Bij deze operatie wordt het onderste deel van uw maag of maaguitgang (het distale deel) verwijderd. Daarnaast wordt ook het eerste deel van de twaalfvingerige darm verwijderd. De twaalfvingerige darm is het eerste deel van de dunne darm dat direct na de maag begint.

De chirurg maakt een nieuwe verbinding tussen het overgebleven deel van de maag en de dunne darm. Het voedsel komt via de nieuwe kleine maag regelrecht in de dunne darm en vermengt zich daar pas met de verteringssappen uit de twaalfvingerige darm.

Totale maagresectie (het verwijderen van de totale maag)

Bij een totale maagresectie worden de gehele maag en een deel van de twaalfvingerige darm verwijderd. Er wordt een nieuwe verbinding tussen de slokdarm en een verder gelegen stuk dunne darm gemaakt, meestal volgens het Roux-Y principe. Met deze methode kan het spijsverteringskanaal worden hersteld na een gedeeltelijke of gehele verwijdering van de maag. De slokdarm of het overige deel van de maag wordt direct op de dunne darm aangesloten. De twaalfvingerige darm wordt losgekoppeld, als het ware omgelegd, en op een andere plek aan de dunne darm vastgehecht. Zo komen de gal- en alvleeskliersappen wel in de dunne darm terecht, waar ze nodig zijn voor de vertering van voedsel.

Omdat de hele maag is weggenomen, vormen slokdarm en dunne darm na de operatie een doorlopende buis.



Gastro-enterostomie

Wanneer de tumor de maaguitgang blokkeert, kan de chirurg een rechtstreekse verbinding maken tussen het middelste deel van de maag en een bepaald stuk van de dunne darm. Deze verbinding wordt een 'overloopje' genoemd. Andere benamingen zijn bypassoperatie of gastro-enterostomie. De verbinding zorgt ervoor dat het voedsel via een omweg de darmen kan bereiken. De gastro-enterostomie is een palliatieve operatie.

Wigexcisie

Dit is een operatie waarbij de tumor met omringend gezond weefsel wordt uitgesneden in een wigvorm. Het is mogelijk zonder maag of met slechts een deel van de maag te leven. Afhankelijk van de soort operatie die is verricht, ontstaan na de ingreep soms problemen met eten. Aanpassingen hierin zijn dan nodig.

Chemotherapie

Chemotherapie is een behandeling met cytostatica. Cytostatica zijn medicijnen die kankercellen doden of de groei ervan remmen. Steeds vaker wordt voorafgaand aan de operatie chemotherapie gegeven. Dit wordt met u besproken door de oncoloog.

Na de chemotherapie vindt altijd een restadiëring plaats om te kijken wat het effect is geweest van de chemotherapie. Dit wordt meestal gedaan door een nieuwe CT-scan te maken.

Een operatie wordt ook vaak gevolgd door een aanvullende (adjuvante) behandeling. Of een gecombineerde behandeling mogelijk is, hangt onder andere af van het stadium van de ziekte, uw leeftijd en uw algemene conditie. In een aantal gevallen wordt daarom alleen een operatie verricht. Uw behandelend arts bespreekt met u wat in uw situatie de beste behandeling is.

Als de chirurg de tumor niet of niet volledig heeft kunnen weghalen, bespreekt uw behandelend arts de mogelijkheden van een palliatieve behandeling met u.

Radiotherapie

Radiotherapie (bestraling) is een plaatselijke behandeling om kankercellen te vernietigen, terwijl de gezonde cellen zo veel mogelijk gespaard blijven. Radiotherapie als enige vorm van therapie wordt bij maagkanker weinig gebruikt omdat is gebleken dat het nauwelijks effect op de ziekte heeft. Soms wordt radiotherapie toegepast omdat een operatie niet mogelijk is en de patiënt klachten van de tumor heeft, bijvoorbeeld bloedverlies uit de maag of restmaag. Ook kunnen uitzaaiingen die klachten geven soms worden bestraald. De bestraling is dan om de klachten te verminderen. Het gaat dan om een palliatieve behandeling.

Stent

Als de tumor bij de maagingang of maaguitgang zit en een operatie niet mogelijk is, kan de arts een stent plaatsen. Dit is een palliatieve behandeling. Een stent wordt tijdens een gastroscopie ingeklapt in de maag gebracht. Ter hoogte van de tumor wordt de stent uitgeklaapt. De doorgang voor voedsel van de slokdarm naar de maag of van de maag naar de dunne darm wordt op die manier hersteld.

Na het plaatsen van een stent kan het maagzuur makkelijker terugvloeien naar de slokdarm. U kunt hierdoor last krijgen van 'zuurbranden' en oprispingen.



In verband met deze problemen én om te zorgen dat het buisje niet door voedsel verstopt raakt, is het goed om een aantal maatregelen te nemen. Wanneer u klachten blijft houden of wanneer er opnieuw klachten ontstaan, is overleg met uw arts noodzakelijk.

De operatie

- De operatie duurt gemiddeld zo'n 4 tot 6 uur. De operatie kan langer duren dan gepland afhankelijk van de omstandigheden.
- De door u opgegeven contactpersoon wordt direct na de operatie door de chirurg gebeld. U gaat direct na de operatie naar de uitslaapkamer (verkoever).
- De operatie vindt plaats onder algehele narcose.

Na de operatie

Nadat u bent geopereerd zijn er een aantal slangen geplaatst bij u. Hieronder staat kort waar deze voor zijn:

- Een slang door de neus voorbij de nieuwe aansluiting (anastomose) Hiermee worden maagsappen afgevoerd naar buiten toe. Deze wordt meestal snel verwijderd.
- Een blaascatheter voor de afvoer van urine.
- Pijnbestrijding volgens afspraak anesthesioloog, evt in samenspraak met patient.
- Een gewoon infuus in uw arm of hand voor de toediening van vocht en medicijnen.
- Zuurstof brilletje/slangetje
- Soms: Een dun slangetje in uw darm voor de toediening van sondevoeding (jejunostomie)

Elke dag tijdens de visite bespreken de zaalarts en de verpleegkundige de voortgang van uw herstel. De chirurg komt regelmatig bij u langs om u persoonlijk in de gaten te houden.

Pijnstilling

U krijgt 4x per dag twee tabletten of zetabletten paracetamol. Het is belangrijk deze pijnstilling in te nemen, ook als u geen pijn heeft, een goede pijnbestrijding is van groot belang voor een snel herstel, als dit niet voldoende is krijgt u extra pijnstilling in overleg met de arts. Ook vraagt de verpleegkundige 4 keer per dag hoe u de pijn beleeft (pijnscore).

De wond

De wondjes zijn gehecht met hechtdraad dat vanzelf oplost.

De voeding

De chirurg bepaalt wanneer u weer mag eten en drinken. De voeding wordt opgebouwd van helder vloeibaar naar gemalen dieet. De diëtist is nauw bij u betrokken om te zorgen dat u voldoende voedingsstoffen binnen krijgt.



Mobiliteit

Ondanks de grote operatie is het belangrijk dat u meteen na de operatie uit bed komt en op een stoel gaat zitten en tenminste 2 keer per dag een stukje gaat lopen. De verpleging en fysiotherapeut ondersteunen u hierbij. Ook mogen uw naasten hierbij helpen.

Dit helpt complicaties als longontsteking, longembolie (bloedstolsel in een longader) en trombose (bloedstolsels in de benen) te voorkomen. Om dezelfde reden krijgt u dagelijks in de avond een onderhuidse injectie met fraxiparine (bloedverdunner).

Opname duur

Als er geen complicaties optreden, verblijft u meestal rond de 5-7 dagen in het ziekenhuis. Soms wat korter, maar bij ernstige complicaties kan dit ook (veel) langer zijn.

Weefselonderzoek

De patholoog onderzoekt hoe groot de tumor was en of het in zijn geheel is verwijderd. (5-10 werkdagen) Daarnaast bekijkt hij de weggenomen lymfeklieren op de aanwezigheid van tumorcellen. De chirurg bespreekt de uitslag met u en uw naasten.

Weer naar huis

U mag naar huis wanneer aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- als u zich in staat voelt om naar huis te gaan,
- als de pijn goed onder controle is,
- als de ontlasting op gang is,
- als u voldoende voeding binnen krijgt.

Uiteraard wordt de definitieve beslissing of u naar huis mag, in overleg met u genomen door de zaalarts op de afdeling samen met uw behandelend arts.

De maagoperatie is medisch gezien voor u een grote ingreep, die lichamelijk een geruime tijd van herstel zal vergen. Heeft u thuis extra zorg nodig? Dan wordt thuiszorg via de verpleegafdeling geregeld met medewerkers van het Transferbureau.

Leefregels na de operatie

- Doe rustig aan, maar beweeg vooral wel.
- Luister naar uw lichaam.
- **Voeding:** Eet liever 6 keer per dag een kleine maaltijd dan 3 keer per dag een grote maaltijd. Zorg voor een gevarieerde maaltijd en drink voldoende: de diëtist blijft u begeleiden. Komt u uit het Isala? Dan zal de diëtist na de afspraak met de chirurg u weer overdragen naar de diëtist in Isala.
- **Slaap halfzittend** om te voorkomen dat u last krijgt van een reflux dat wil zeggen dat de maaginhoud terugstroomt. Dit moet u blijven doen na de operatie.
- **Wondzorg:** u mag douchen zonder pleister. Baden wordt de eerste weken afgeraden omdat de wondjes dan verweken. Direct onder het litteken is een klein gebied dat gevoelloos blijft. Dit is normaal na de operatie.



Als de wondjes droog zijn, mag de pleister eraf. Bij lekkage van de wondjes mag u contact opnemen met het ziekenhuis.

- **Conditie:** de eerste tijd na deze operatie zal u zich slap en moe voelen. De conditie komt geleidelijk terug maar dat kost tijd.
- **Activiteiten:** de eerste vier tot zes weken na de operatie is het verstandig om rustig aan te doen in verband met de wondgenezing. Sporten, fietsen en zwaar tillen mag op geleide van uw conditie. Seksuele activiteit mag weer, wanneer u zich voldoende aangesterkt voelt.

Mogelijke complicaties

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo is ook bij een maagoperatie de normale kans op complicaties aanwezig, zoals nabloeding, trombose of longontsteking. Daarnaast zijn er nog specifieke complicaties mogelijk:

- **Wondinfectie:** een ontsteking van de huid op de plaats van de hechtingen. De symptomen zijn roodheid van de huid of lekken van wondvocht.
- **Naadlekkage:** een lekkage op de plaats waar de chirurg een nieuwe verbinding heeft gemaakt tussen verschillende organen (de anastomose).
- **Perforatie** (doorboring) van nabijgelegen organen.
- **Vernauwingen** op de plaats van de nieuwe verbindingen (anastomose), als gevolg van ontstekingen of door vorming van littekenweefsel.

Klachten na de maagresectie

Klachten na een maagresectie komen soms voor. Veel mensen hebben kort na de operatie wel wat last van klachten, door de veranderingen in hun spijsverteringskanaal. De (ernst van de) klachten verschilt per persoon en is onder andere afhankelijk van de operatietechniek die is gebruikt. In verreweg de meeste gevallen verminderen of verdwijnen de klachten na verloop van tijd. Dat komt doordat het lichaam zich aanpast aan de nieuwe situatie. Sommige klachten zijn blijvend of ontstaan pas geruime tijd na de operatie.

Klachten die kort na de operatie op kunnen treden

- **Het syndroom van de kleine maag:** doordat de maag veel kleiner is, kunt u snel een vol en misselijk gevoel hebben. Hierdoor gaat u minder eten en kan gewichtsverlies ontstaan. Raadzaam is om meerdere keren per dag kleine porties te eten.
- **Brandend maagzuur** (het terugstromen van maaginhoud in de slokdarm): de sluitspier tussen de slokdarm en de maag kan na de operatie minder goed werken. Daarbij komt nog dat de maag een veel kleinere opslagruimte is geworden en er dus sneller maaginhoud omhoog in de slokdarm geduwd wordt.
- **Dumpingklachten:** deze klachten ontstaan doordat voedsel veel sneller dan normaal in de dunne darm komt.

Klachten die enige tijd na de operatie op kunnen treden

- **Gewichtsverlies:** ongeveer tien procent gewichtsverlies na een maagoperatie is normaal. De passage van voedsel door het maagdarmkanaal verloopt sneller dan normaal. Daardoor kunnen gal- en alvleeskliersap te laat in de dunne darm



aankomen. Hierdoor wordt voedsel minder goed verteerd en kunnen voedingsstoffen minder goed opgenomen worden door het lichaam.

- **Tekort aan ijzer, vitamine B12 en foliumzuur:** dit kan leiden tot verschillende vormen van bloedarmoede. Na een maagoperatie hebben veel mensen injecties met vitamine B12 nodig, om tekorten te voorkomen op den duur. Een diëtist of uw specialist kunnen u verder informeren over tekorten aan voedingsstoffen die kunnen ontstaan. Dit wordt door de huisarts vervolgd.

Controles

De controles na een genezende (curatieve) behandeling zijn bedoeld om het opnieuw optreden van kanker op te sporen en om na te gaan of u nog klachten heeft van de behandeling. Over het algemeen zal deze controle bestaan uit een gesprek over hoe het met u gaat. Of u goed kunt eten en drinken is een van de onderwerpen. Aanvullend onderzoek zoals een CT-scan of gastroscopie vindt alleen plaats als u klachten heeft.

Het controleschema dat voor u van toepassing is, wordt met u besproken en ziet er in het algemeen als volgt uit: na één tot twee weken, na zes weken, na drie maanden, na zes maanden, na twaalf maanden en daarna jaarlijks tot een periode van maximaal vijf jaar.

Is uw ziekte niet meer te genezen? Dan wordt in samenspraak met u, uw huisarts en de betrokken specialisten afgesproken wie uw eerste aanspreekpersoon is bij vragen of problemen.

Contact opnemen en vragen

Heeft u nog vragen? Stel ze gerust aan uw behandelend arts.

Neem contact op met de dienstdoende chirurg wanneer uw toestand thuis na enkele dagen achteruit gaat, bijvoorbeeld door:

- pijnklachten
- afvallen
- bij koorts boven de 38°C

Bereikbaarheid

Tot aan de eerste controle afspraak neemt u contact op met de polikliniek Chirurgie of buiten kantooruren met de Spoedeisende Hulp van Gelre ziekenhuizen, ook als u uit Isala komt. U kunt ook altijd contact opnemen met de chirurgisch verpleegkundigen. 088-1053627

Gelre Apeldoorn

- maandag t/m vrijdag 8.30 - 16.30 uur
- tel: 088 – 105 3357
- Spoedeisende Hulp via tel: 088 – 105 3629
- www.gelreziekenhuizen.nl/patient/afdelingen/chirurgie/