

Een hamerteen of klauwteen correctie

Een hamerteen of klauwteen correctie

Operatieve correctie van een scheefstand van de kleine teen

Inhoudsopgave

Inleiding

Anatomie van de voet en enkel

De hamerteen en klauwteen

De symptomen

De behandeling

De operatiemethoden

Een standaard standscorrectie

Een uitgebreide standscorectie

Vorbereiding op de operatie

De opname

De operatie

Na de operatie

Weer naar huis

De poliklinische controle

Het eindresultaat

Risico's en mogelijke complicaties

Het hervatten van werk, autorijden en sporten

Wanneer moet u contact met ons opnemen?

Heeft u nog andere vragen

Inleiding

Een orthopedisch chirurg houdt zich bezig met aandoeningen van het bewegingsapparaat, bestaande uit botten, gewrichten, spieren en/of pezen. In Amphia is een grote groep orthopedisch chirurgen werkzaam zodat een ieder zich extra gespecialiseerd heeft in een bepaald gedeelte van het menselijk lichaam. Hierbij moet u denken aan deskundigheid van aandoeningen op het gebied van bijvoorbeeld schouder, rug, knie of voet.

Doordat uw orthopedisch chirurg in Amphia juist één of twee aandachtsgebieden heeft, zorgt deze superspecialisatie voor een grote kennis van en een ruime ervaring op het gebied van deze aandoeningen. Deze deskundigheid waarborgt een behandeling volgens huidige richtlijnen en algemene inzichten en opvattingen.

Deze patiënteninformatiefolder maakt onderdeel uit van het programma "Voet op Maat". Dit programma is opgezet om patiënten individueel te behandelen met een zo'n optimaal mogelijk resultaat. Immers elke patiënt is uniek, zo ook de afwijking. Hierop moet de behandeling en/of operatie worden afgestemd. De keuze van bijvoorbeeld de juiste operatiemethode is van belang voor het uiteindelijke resultaat. In Amphia kunnen we dus met recht spreken van een op maat gemaakte individuele behandeling waardoor u als patiënt weer snel op de been bent.

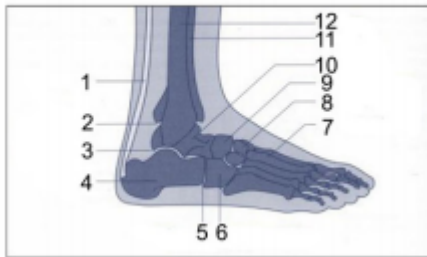
Deze patiënteninformatiefolder geeft uitleg over een hamerteen of klauwteen correctie. Hierin vindt u informatie over het traject dat u doorloopt, van het bezoek op de polikliniek tot aan de controle-afspraken na de opname.

Anatomie van de voet en enkel

De voet van het menselijk lichaam bestaat uit een complexe structuur met een belangrijke functie. Het stelt de mens namelijk in staat om te staan, te lopen, te rennen en te springen. In de voet bevinden zich

26 afzonderlijke botjes die met elkaar verschillende gewrichten vormen (zie figuur 1). Door de vele stevige bindweefselstructuren (zogenaamde ligamenten) worden de botjes bij elkaar gehouden. Spieren en pezen die aanhechten op bepaalde botjes zorgen ervoor dat de voet kan bewegen. Deze onderlinge relatie is complex en ingewikkeld.

Figuur 1



1. Achillespees
2. Bovenste spronggewricht
3. Onderste spronggewricht
4. Hielbeen
5. Middenvoets gewricht
6. Dobbelsteenvormig beentje
7. Middenvoetsbeentjes
8. Wigvormige beentjes
9. Scheepvormig been
10. Sprongbeen
11. Scheenbeen
12. Kuitbeen

De hamerteen en klauwteen

De termen hamerteen en klauwteen worden vaak door elkaar gebruikt, maar ze beschrijven in feite verschillende afwijkingen van de stand van één of meerdere kleine tenen. (zie figuur 2)

Bij een hamerteen is het gewrichtje tussen het eerste (basis-) kootje en tweede (middelste) kootje gebogen. Een klauwteen heeft daarbij nog een overstrekking in het gewricht tussen het middenvoetsbeentje en het eerste basiskootje.



Een klauwteen



Figuur 2

Een hamerteen of klauwteen is een veelvoorkomende aandoening. De standsafwijking ontstaat vaak door een combinatie van oorzaken. Normaal gesproken is er een evenwicht tussen de verschillende spieren en pezen die de tenen bewegen (zogenaamde buigers en strekkers van de tenen). Als dit evenwicht in de besturing verstoord wordt, kan een standsafwijking ontstaan. Deze verstoring komt doordat de functie van de kleine voetspiertjes verandert. Dit kan vele oorzaken hebben, zoals oudere leeftijd, diabetes, reuma of letsel na een ongeval. Daarnaast is een veelvoorkomende oorzaak een scheefstand van de grote teen (zogenaamde hallux valgus). Doordat de grote teen niet optimaal functioneert raakt de tweede teen overbelast waardoor uiteindelijk het evenwicht verstoord wordt en een standsafwijking ontstaat.

De symptomen

Veel mensen met een hamerteen of klauwteen hebben weinig of geen last. Veelal is de standsafwijking dan nog soepel. Operatieve behandeling is dan niet automatisch nodig. Hoewel de afwijking in de loop der jaren erger kan worden, is het zogenaamde preventief opereren om de standsafwijking te corrigeren niet nodig. Een operatie blijft later altijd mogelijk wanneer er wél klachten ontstaan bijvoorbeeld wanneer de standsafwijking niet meer soepel is maar stugger en stijver wordt. Dergelijke tenen geven meestal

klachten (zie figuur 3).

Door het herhaaldelijk wrijven van de teen tegen de schoen ontstaat meestal op het gewrichtje tussen het eerste en tweede kootje een eeltplek, een zogenaamde likdoorn of eksteroog.



Figuur 3

Dit kan zeer pijnlijk zijn en veel hinder geven bij het dragen van gewone schoenen. Bij een stugge hamerteen of klauwteen kan ook een pijnlijke eeltplek op het topje van de teen ontstaan waar. Eveneens kan er eelt en pijn onder de bal van de voet ontstaan omdat de kromstand van de teen het kopje van het middenvoetsbeentje naar beneden drukt en daarmee abnormaal veel druk veroorzaakt. Door overbelasting kan dit tenslotte gepaard gaan met ontsteking en pijn in het gewrichtje tussen het middenvoetsbeentje en eerste kootje. Het kapsel van dit gewricht raakt slap en uitgerekt, waarna de teen in dit gewricht geleidelijk zelfs uit de kom kan raken. Zodoende kan er pijn ontstaan zowel aan de top van de teen, de bovenkant van de teen alsook aan de onderkant van de voorvoet.

De behandeling

In principe is de eerste behandeling van een hamerteen of klauwteen altijd een behandeling zonder operatie, ook wel conservatieve behandeling genoemd. In het beginstadium wanneer de standsafwijking nog soepel is kunnen pijnlijke drukplekken voorkomen worden door het dragen van schoeisel met een zogenaamde wijdere tenenbox zodat de teen meer ruimte heeft en de schoen niet tegen de teen drukt. Het dragen van schoenen gemaakt van soepel materiaal en het laten oprekken van de schoen ter plaatse van de teen zorgt ervoor dat de klachten afnemen. Door middel van een inlegzool met ondersteuning onder de voorvoet of onder de teen wordt de teen in een betere positie gehouden. Ook dit geeft minder klachten. Ter preventie of ontlasting van eeltplekken kunnen ook viltjes, ringpleisters of andere hulpmiddelen gedragen worden.

Wanneer bovenstaande onvoldoende resultaat oplevert, is het dragen van een op maat gemaakte schoen, bijvoorbeeld (semi-) orthopedisch schoeisel met voldoende ruimte voor de voorvoet en tenen, een ander alternatief. Klachten worden hiermee in belangrijke mate verminderd.

Voor een operatieve behandeling van een hamerteen of klauwteen wordt gekozen wanneer sprake is van blijvende klachten ondanks een adequate conservatieve behandeling. Bij een operatieve behandeling wordt gebruik gemaakt van verschillende operatiemethoden om een zo'n optimaal mogelijk resultaat te bereiken. De keuze van de juiste operatiemethode hangt onder andere af van de mate van de standsafwijking en eventueel de afwijkingen op de röntgenfoto. Ook wordt hierbij de leeftijd van u als patiënt, uw beroep en sportactiviteiten meegenomen.

Kortom, de juiste behandeling van een hamerteen of klauwteen wordt afgestemd op het klachtenpatroon en de mate van de scheefstand. Uiteindelijk leidt dit tot een individuele behandeling met een zo'n optimaal mogelijk resultaat.

De operatiemethoden

Veelgebruikte methoden ter correctie van een hamerteen of klauwteen in Amphia zijn de verschillende

standscorrecties. De verschillende operatiemethoden hebben met elkaar gemeen dat het pijnlijke gewrichtje tussen het basis kootje en het middelste kootje wordt weggenomen (zogenaamde resectie arthroplastiek). Hierna kan de teen in een meer rechte stand worden gezet zodat dit kan vastgroeien (zogenaamde artrodese). Om deze stand te behouden wordt regelmatig een klein ijzeren pennetje (zogenaamde K-draad) ingebracht. Het ijzeren pennetje steekt uit buiten de huid aan de voorkant van de teen en wordt een aantal weken na de operatie verwijderd.

De methoden verschillen echter van elkaar in de mate van uitgebreidheid van de standcorrectie. Soms is het nodig om ook het gewricht tussen het middenvoetsbeentje en het basis kootje recht te zetten. Dit is mogelijk door het gewrichtskapsel los te maken (zogenaamde release).

Om de rechte stand van dit gewricht vervolgens te behouden wordt het pennetje dieper in dit gewricht ingebracht. Wanneer meerdere tenen tegelijk gecorrigeerd worden, wordt in iedere teen afzonderlijk een ijzeren pennetje ingebracht.

Soms wordt afgezien van het inbrengen van dergelijk pennetje. Dit kan bijvoorbeeld bij een correctie van de kleinste teen.

In Amphia wordt gebruikt gemaakt van de modernste technieken waardoor er zo min mogelijk weefselschade is en het herstel na een operatie zo spoedig mogelijk verloopt. De twee meest gebruikte methoden worden hierna nader toegelicht.

Een standaard standcorrectie

In het algemeen wordt deze methode gebruikt bij een milde tot matige hamerteen. Hierbij wordt het gewrichtje tussen het basiskootje en het middelste kootje van de teen weggenomen. (zie figuur 4). Dit wordt gedaan met een incisie bovenop het gewricht waarbij de eeltplek eveneens wordt verwijderd. Vervolgens wordt de teen in de juiste stand vastgezet. Meestal wordt deze stand tijdelijk behouden middels het inbrengen van een ijzeren pennetje.

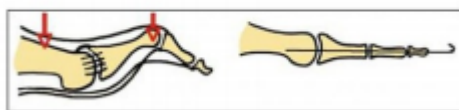
Figuur 4



Een uitgebreide standcorrectie

Wanneer sprake is van matige tot ernstige hamerteen of klauwteen wordt gekozen voor een meer uitgebreide standcorrectie. Bij deze methode wordt naast de correctie tussen het basiskootje en het middelste kootje ook een correctie uitgevoerd van het gewricht tussen het middenvoetsbeentje en het basiskootje. Hiervoor is meestal een extra incisie in de huid nodig om het kapsel van dit gewricht los te maken. Gelijktijdig wordt dan vaak de strekpees van de teen langer gemaakt. Wanneer de teen weer in een fraaie rechte stand komt, kan deze vervolgens worden behouden met het tijdelijk inbrengen van een ijzeren pennetje.

Figuur 5



Vorbereiding op de operatie

Tijdens uw bezoek op de polikliniek bespreekt de orthopedisch chirurg samen met u de operatie en de daaraan verbonden verwachtingen en risico's. Wanneer besloten is tot een operatieve correctie gaat u naar het voorbereidingsplein waar u aanvullende informatie over de opname in het ziekenhuis krijgt. Vervolgens bespreekt een anesthesie medewerker de mogelijke manieren van verdoving tijdens de operatie. Deze verdoving kan bestaan uit een algehele narcose, een ruggenprik of soms zelfs een lokale verdoving.

Gebruikt u bloedverdunners? Als u bloedverdunners (antistollingsmedicatie) gebruikt, meld dit dan aan uw behandelend arts. Hij / zij bespreekt met u of en wanneer u moet stoppen met deze medicijnen. Het is verstandig om in de periode voorafgaand aan de operatie alvast twee elleboogkrukken te halen bij de thuiszorgwinkel. Deze zult u namelijk gaan gebruiken in de herstelfase na de operatie. Verder is het van belang om voor de operatie al te kijken of er mogelijke obstakels in en om uw huis aanwezig zijn die na de operatie hinder kunnen geven. Een voorbeeld is een loszittende trapleuning. Deze kunt u dan nog zoveel mogelijk weghalen of aanpassen.

Om de kans op complicaties na de operatie te verminderen, raden wij u sterk aan om niet te roken tenminste enkele weken voorafgaand aan de operatie tot aan enkele weken na de operatie. De reden hiervoor is dat roken de wond- en botgenezing vertraagd. Door middel van het stoppen met roken vergroot u dus de kans op een voorspoedig herstel.

Wanneer u geopereerd wordt, is het belangrijk dat uw voeten goed schoon zijn. Nagels dienen kortgeknipt te zijn en eventuele nagellak dient verwijderd te zijn. Dit kunt u nog thuis doen. Hierbij moet u wel oppassen dat er geen wondjes ontstaan, aangezien deze de kans op een infectie na de operatie vergroten zodat de operatie zelfs mogelijk moet worden uitgesteld.

De opname

Op de dag van de operatie wordt u opgenomen op één van de verpleegafdelingen Orthopedie. Neem de elleboogkrukken mee naar het ziekenhuis.

Eenmaal op de afdeling heeft u een gesprek met een verpleegkundige die u informeert over de gang van zaken. Samen met deze verpleegkundige wordt onder andere de te opereren voet gemarkeerd met een pijl. Op die manier bent u goed voorbereid en helemaal klaar om geopereerd te worden.

De operatie

U wordt gebracht naar de voorbereidingskamer op de operatie afdeling. Hier wordt gecontroleerd of de geplande operatie bij u juist is. Ook wordt een infuus ingebracht zodat later tijdens de operatie vocht en/of medicatie kan worden gegeven. Als alles gereed is, wordt u naar de operatiekamer gebracht. Hier doorloopt u samen met de orthopedisch chirurg en het operatieteam een laatste veiligheidschecklist.

Deze procedure is er ter optimalisering van de patiëntveiligheid. Vervolgens wordt u aangesloten op de bewakingsapparatuur. Uw lichaamsfuncties als ademhaling, polsslag en bloeddruk worden hiermee gedurende de hele operatie gecontroleerd door een gespecialiseerde anesthesie medewerker.

Als alles in orde is, begint de anesthesist met het uitvoeren van de vooraf afgesproken verdoving. Ook wordt meestal een zogenaamde bloeddrukband om het bovenbeen aangelegd om tijdens de operatie de bloedvaten in het been tijdelijk te kunnen dichtdrukken. Op die manier kan het operatieteam de operatie goed uitvoeren zonder hinder van veel bloedverlies. Wanneer de verdoving goed is ingewerkt, start de orthopedisch chirurg samen met het operatieteam met de operatie. De operatie duurt ongeveer 10 minuten.

Veel patiënten vinden het spannend om geopereerd te worden. Dat is een normaal gevoel en heeft bijna iedere patiënt. Goede voorlichting zorgt ervoor dat angst rondom een operatie wordt verminderd. Mocht

u na het lezen van deze patiënteninformatiefolder nog vragen of onduidelijkheden hebben, laat het ons weten. Op die manier gaat u met een gerust hart de operatie tegemoet.

Na de operatie

Na de operatie gaat u naar de uitslaapkamer. Gespecialiseerde verpleegkundigen houden u hier zorgvuldig in de gaten. Met behulp van bewakingsapparatuur worden uw lichaamsfuncties als ademhaling, polsslag en bloeddruk gecontroleerd. Zodra u weer voldoende wakker bent en uw algemene conditie stabiel is, gaat u terug naar de verpleegafdeling.

Eenmaal terug op de verpleegafdeling volgt het verdere herstel. Een verpleegkundige controleert opnieuw uw lichaamsfuncties en geeft pijnstillers mocht u wondpijn krijgen na de operatie. Gedurende de dag die volgt, herstelt u van de operatie en de verdoving.

Wanneer u weer fitter bent, komt de fysiotherapeut enkele instructies geven met betrekking tot het mobiliseren. Het lopen met twee elleboogkrukken wordt dan bijvoorbeeld met u geoefend. Het geopereerde been mag hierbij niet belast worden.



Figuur 6

Deze gipsschoen wordt dezelfde dag van de operatie door de gipsmeester aangelegd. Dit gips laat u dan zitten tot de eerstvolgende controle.

Tijdens de operatie wordt de operatiewond ingepakt in een drukverband. Dit drukverband moet een paar dagen om de voet blijven zitten. Soms is het nodig een gipsschoen aan te leggen om de standcorrectie van de geopereerde teen te beschermen (zie figuur 6). Na het corrigeren van de scheefstand van de teen en het fixeren middels een ijzeren pennetje is het bot nog niet stevig genoeg om de voorvoet meteen te belasten. Het duurt ongeveer drie tot vier weken voordat de gecorrigeerde teen voldoende genezen is om te belasten.

Weer naar huis

Als alles verloopt volgens plan kunt u in principe op het einde van de dag van operatie al weer naar huis. Soms is het nodig om te overnachten in het ziekenhuis om dan de volgende ochtend huiswaarts te kunnen gaan. De reden hiervan kan zijn dat de operatie bijvoorbeeld in de middag plaatsvond waardoor de nodige nazorg later op de dag of eventueel nog de volgende ochtend verricht moet worden. Als alles geregeld en in orde is mag u naar huis en worden allerlei formulieren meegegeven die nodig zijn voor de poliklinische controles.

Eenmaal thuis is het belangrijk dat u de voet goed hoog houdt om de zwelling na de operatie zoveel mogelijk te voorkomen. De eerste twee weken mag de geopereerde voet niet belast worden. Tijdens deze periode adviseren wij u met behulp van elleboogkrukken te lopen.

Wel mag u beginnen met buig- en strekoefeningen van het enkelgewricht. De eerste dagen na de operatie kan u last hebben van wondpijn. Naast het hoog houden van de voet kan het nodig zijn pijnstillers te nemen. Deze medicijnen kunt u halen met het recept dat u meegekregen heeft bij ontslag uit het ziekenhuis.

De poliklinische controle

Na een eenvoudige standscorrectie wordt ongeveer twee tot drie weken na de operatie een eerste poliklinische controle afspraak gemaakt op het wondenspreekuur of op het gipskamerspreekuur. Het verband of gipsschoen dat is aangelegd na de operatie wordt nu verwijderd.

Figuur 7



De operatiewond wordt beoordeeld en de hechtingen worden verwijderd. Ook het eventueel ingebrachte ijzeren penntje (K-draad) wordt verwijderd. Dit penntje steekt uit aan de top van de teen (zie figuur 7). Het verwijderen verloopt in het algemeen zonder pijn.

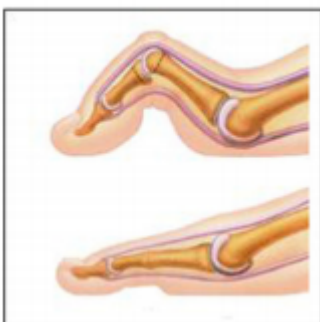
Wanneer een meer uitgebreide stands-correctie is verricht blijft het penntje zitten en wordt meestal een nieuwe gipsschoen met een loopzool aangelegd. Afhankelijk van de uitgevoerde operatiemethode mag de voet nu voorzichtig toenemend belast worden op de hak. Door het nog niet (volledig) belasten van de voorvoet kan de voorvoet goed genezen. Een tweede poliklinische controle volgt dan meestal vier weken na de operatie. De gipsschoen en het penntje worden dan verwijderd.

Onafhankelijk van de operatiemethode bespreekt u uiteindelijk tijdens de poliklinische controle met uw behandelend orthopedisch chirurg het beloop van de behandeling. Meestal kan hierna de belasting van de geopereerde voet worden uitgebreid waarbij de eigen schoen weer gedragen mag worden. Een wat ruim zittende schoen heeft hierbij de voorkeur.

Het eindresultaat

Het doel van de operatie is om de stand van de teen te corrigeren zodat weer een fraaie teen en voetvorm ontstaat (zie figuur 8). Het resultaat is dat de tenen weer beter in de schoen passen en geen klachten meer geven.

Figuur 8





Een geringe zwelling van de teen in de eerste maanden na de operatie is veel voorkomend. Dit is een normaal verschijnsel en verdwijnt langzaam vanzelf. Ook zullen de eeltplekken langzaam verdwijnen. Uit onderzoek blijkt dat uiteindelijk ongeveer 90% van de patiënten tevreden is met het eindresultaat.

Risico's en mogelijke complicaties

Een standscorrectie van een hamerteen of klauwteen is bij de meeste patiënten succesvol. Desondanks zitten er ook risico's aan en kunnen er complicaties optreden. Algemene risico's zijn onder andere de kans op een nabloeding, infectie of trombose. Om de kans hierop te verminderen raden wij u sterk aan om niet te roken tenminste enkele weken voorafgaand aan de operatie tot aan enkele weken na de operatie. De reden hiervoor is dat roken de wond- en botgenezing vertraagd. Om de kans op een infectie te verkleinen wordt voorafgaand aan de operatie eenmalig antibiotica toegediend. Om de kans op trombose (ongewenst bloedstolsel in een bloedvat) te verlagen krijgt u in sommige gevallen gedurende en/of na de opname een spuitje met bloedverdunner toegediend die de stolling van het bloed vermindert of vertraagt. Indien dit voor u van toepassing is zal uw behandelend arts dit met u bespreken. Verder is het van belang buig- en strekoefeningen van de enkel te verrichten.

Specifieke risico's bij een standscorrectie van de hamerteen of klauwteen zijn overcorrectie of ondercorrectie. Ook is er een kans van ongeveer 5% dat na een fraaie correctie de scheefstand terugkomt. Verder kan door de operatie een huidzenuwtje gekneusd worden of verkleefd raken in het litteken. Er ontstaat dan een tintelend gevoel van de huid of juist een gevoelloos plekje op de huid van de teen. Dit kan zich doorgaans in de loop van de tijd herstellen, tot zelfs 1 jaar na de operatie. Verder is het gebruikelijk dat de beweeglijkheid van de teen is verminderd doordat het gewricht tussen de kootjes van de teen is verwijderd bij de operatie. De teen verliest een gedeelte van de buig- en strekkracht en wordt dus wat stijver.

Het is normaal dat u na de operatie nog enkele maanden hinder van de voet kan ondervinden zoals kortdurende steekjes en pijntjes. Hoe lang en in welke mate, hangt af van hoe uitgebreid de operatie was. Deze klachten kunnen een jaar aanhouden en verdwijnen meestal geleidelijk.

Het hervatten van werk, autorijden en sporten

Dankzij de specifieke keuze van behandeling kunt u zo snel mogelijk weer gewoon functioneren. Desondanks moet u er rekening mee houden dat u minder mobiel bent in de eerste periode na de operatie. In deze eerste periode na de operatie is het van belang om de voet zoveel mogelijk hoog te houden ter preventie van zwelling en pijn.

Het moment waarop u weer aan het werk kunt, is afhankelijk van de behandeling en het soort werk wat u verricht. In het algemeen kan aangehouden worden dat werkhervatting voor zittend werk mogelijk is twee weken na de operatie. Voor zwaarder werk waarbij u veel moet lopen, is het raadzaam de hervatting uit te stellen tot de poliklinische controle waar u met uw orthopedisch chirurg overlegt wanneer het werk hervat kan worden. Met autorijden mag u beginnen als u de auto veilig kunt besturen. Dit betekent in ieder geval zonder verband of gipsschoen en zonder krukken. U moet ook weer goed en volledig belast kunnen lopen alvorens u achter het stuur mag zitten. In het algemeen kunt u aanhouden

dat autorijden weer mogelijk is ongeveer zes tot acht weken na de operatie. Het weer beoefenen van uw sport is uiteraard afhankelijk van de sport zelf. Meestal is sporten weer mogelijk vanaf drie maanden na de operatie.

Wanneer moet u contact met ons opnemen?

Mocht u een mogelijke nabloeding of tekenen van een infectie hebben zoals koorts of een rode, gezwollen, kloppende voet, neem dan contact met ons op. U kunt ons ook bellen wanneer u ongerust bent of zich zorgen maakt betreffende het beloop van de behandeling na de operatie.

- Algemeen nummer Amphia Ziekenhuis (076) 595 50 00
- Gipskamer Orthopedie (076) 595 38 28
- Polikliniek Orthopedie (076) 595 30 80

Heeft u nog andere vragen?

Heeft u na uw operatie of opname nog vragen over uw verblijf in het ziekenhuis, neem dan contact op met de verpleegafdeling Orthopedie waar u opgenomen lag. Dit kan rechtstreeks op het telefoonnummer wat u bij ontslag meegekregen heeft of via het algemene nummer van het ziekenhuis. Als u specifieke vragen heeft over de gipsschoen, neem dan tijdens kantooruren gerust contact op met de gipskamer Orthopedie. Heeft u vragen over de poliklinische controles na de operatie, neem dan contact op met de polikliniek Orthopedie.

Heeft u na uw bezoek aan uw behandelend specialist of na het lezen van deze informatiefolder nog vragen over de behandeling van een hamerteen of klauwteen, neem gerust contact op met de polikliniek Orthopedie. Een andere mogelijkheid is uw vragen op de volgende bladzijde te noteren en deze vragen te stellen de volgende keer dat u ons ziet.

Wilt u een afspraak maken?

- (076) 595 10 33
- of orthopedischekliniek@amphia.nl (<mailto:orthopedischekliniek@amphia.nl>)

Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 16.30 uur.

Avondspreekuur

Naast de gebruikelijke spreekuren houden wij ook een avondspreekuur op dinsdagavond van 17.30 tot 20.30 uur.

Bezoekadres

Pasteurlaan 9
4901 DH Oosterhout

Meer lezen over orthopedie bij Amphia?

[Ga naar afdeling Orthopedie \(https://www.amphia.nl/afdelingen/orthopedie\)](https://www.amphia.nl/afdelingen/orthopedie)