

Operatieve correctie van slijtage van de grote teen

Een hallux rigidus operatie

Inhoudsopgave

- Inleiding
- Anatomie van de voet en enkel
- De hallux rigidus
- De symptomen
- De behandeling
- De operatiemethoden
- Een hallux rigidus correctie middels cheilectomie
- Een hallux rigidus correctie middels artrodese
- Vorbereiding op de operatie
- De opname
- De operatie
- Na de operatie
- Weer naar huis
- De poliklinische controle
- Het resultaat
- Risico's en mogelijke complicaties
- Het hervatten van werk, autorijden en sporten
- Wanneer contact opnemen?
- Heeft u nog andere vragen?
- Notities

Inleiding

Een orthopedisch chirurg houdt zich bezig met aandoeningen van het bewegingsapparaat, bestaande uit botten, gewrichten, spieren en/of pezen. In het Amphia is een grote groep orthopedisch chirurgen werkzaam zodat een ieder zich extra gespecialiseerd heeft in een bepaald gedeelte van het menselijk lichaam. Deze superspecialisatie zorgt voor een grote kennis van en een ruime ervaring op het gebied van de aandoening. Deze deskundigheid waarborgt een behandeling volgens huidige richtlijnen en algemene inzichten en opvattingen.

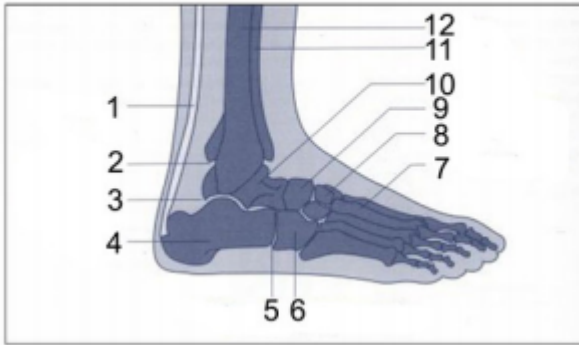
Deze patiënteninformatiefolder maakt onderdeel uit van het programma 'Voet op Maat'. Dit programma is opgezet om patiënten individueel te behandelen met een zo'n optimaal mogelijk resultaat. Immers elke patiënt is uniek, zo ook de afwijking. Hierop moet de behandeling en/of operatie worden afgestemd. 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 hallux rigidus operatie. 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 voet wordt verdeeld in drie gebieden, te weten:

- De voorvoet; bestaat uit vijf middenvoetsbeentjes en alle teenkootjes.
- De middenvoet; bestaat uit vijf voetwortelbeentjes zoals het scheepvormig beentje.
- De achtervoet; bestaat uit het sprongbeen en het hielbeen. Het sprongbeen is verbonden met het scheenbeen en kuitbeen middels het enkelgewricht.

De hallux rigidus

Hallux is de Latijnse naam voor grote teen en rigidus betekent stijf. Een hallux rigidus is dus een voetafwijking met een stijve grote teen. Dit is meestal het gevolg van slijtage, ook wel artrose genoemd, van het gewricht van de grote teen. Doordat het kraakbeen in het gewricht verdwijnt, ontstaat er overbelasting van het onderliggende bot. Deze overbelasting veroorzaakt aan de rand van het gewricht botaangroei (zogenaamde osteofyten, zie figuur 2A en 2B). De huid die over deze botaangroei heen zit kan dik, rood en gevoelig worden. Daarnaast beweegt het gewricht steeds minder soepel zowel door de artrose in het gewricht zelf alsook door de botaangroei aan de rand van het gewricht. Een hallux rigidus is een regelmatig voorkomende aandoening.



Figuur 2B

1. Basiskootje
2. Gewricht met artrose
3. Botaangroei/osteofyt
4. Middenvoetsbeentje
5. Wigvormige beentje

Net als bij andere vormen van artrose is er niet één enkele oorzaak voor het ontstaan van een hallux rigidus. Bij slijtage van een gewricht speelt vaak erfelijke aanleg in combinatie met ouder worden een belangrijke rol. Andere factoren zijn ook van belang. Zo kan aantasting van het gewricht het gevolg zijn van een ongeval waarbij bijvoorbeeld een breuk in het gewricht ontstond. Ook kleine beschadigingen van het kraakbeen (bijvoorbeeld door veelvuldig trappen bij het voetbal) spelen wellicht ook een rol. Hierdoor ontstaat abnormale wrijving op het kraakbeen wat weer kan leiden tot overbelasting. Daarnaast draagt een gewrichtsontsteking zoals kan voorkomen bij reuma of jicht, bij aan het ontstaan van artrose van het gewricht van de grote teen.

De symptomen

Veel mensen met een hallux rigidus hebben in het begin weinig last. Behandeling is dan niet nodig. Hoewel de afwijking in de loop der jaren erger kan worden, is het zogenaamde preventief opereren om de afwijking te corrigeren niet nodig. Een operatie blijft later altijd mogelijk wanneer er meer klachten ontstaan. Die klachten bestaan meestal uit pijn, zwelling en/of stijfheid. Zo kan er pijn aanwezig zijn rondom de botaangroei, vooral tijdens het dragen van strak zittend schoeisel. Hierdoor kan het uitzoeken van de juiste schoenen lastig zijn.

Door de slijtage van het gewricht zelf ontstaat vaak een irritatie van het slijmvlies van het gewricht waardoor er extra gewrichtsvocht ontstaat. Hierdoor raakt het gewricht opgezwollen. Verder ontstaat er door de slijtage een bewegingsbeperking en wordt het gewricht van de grote teen stijf. De stijfheid is veelal het ergst in de ochtend bij het opstarten of bij het weer beginnen van bewegen na langere rust. Dit noemt men startstijfheid.

Doordat het gewricht steeds minder soepel beweegt, kan dit resulteren in een pijnlijke afwijking van de voet tijdens het lopen. De pijn wordt erger als het gewricht meer wordt belast. Naast een pijnlijke grote teen kan eveneens pijn ontstaan in de hele voorvoet. Dit wordt veroorzaakt doordat de afwijking van de grote teen resulteert in een minder optimale afwijking van de voet. Dit komt doordat meer over de buitenkant van de voet afgewikkeld wordt waardoor overbelasting van de andere tenen optreedt, soms resulterend in het ontstaan van zogenaamde hamer- of klauwtenen.

De behandeling

In principe is de eerste behandeling van een hallux rigidus altijd een behandeling zonder operatie, ook wel conservatieve behandeling genoemd. In het beginstadium kunnen pijnlijke drukplekken voorkomen worden door het dragen van wijder schoeisel of het laten oprekken van de schoen ter plaatse van de botrand. Het dragen van eigen schoenen met stijve zolen wordt hierbij geadviseerd. Een alternatief is het dragen van steunzolen of zelfs semi-orthopedisch schoeisel waarbij een afwikkelfoorziening is aangebracht. Door het verbeteren van de voetafwijking kunnen de klachten in belangrijke mate worden verminderd. Wanneer sprake is van een lokale irritatie van het slijmvlies van het gewricht kunnen medicijnen de oplossing bieden. Veelal worden dan zogenaamde ontstekingsremmers in tabletvorm voorgeschreven die ook de pijn verminderen.

Voor een operatieve behandeling van een hallux rigidus 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 bij de individuele patiënt. De keuze van de juiste operatiemethoden hangt onder andere af van de mate van de artrose en de afwijkingen op de röntgenfoto. Ook wordt hierbij de leeftijd van u als patiënt, uw beroep en sportactiviteiten meegenomen. Uiteindelijk leidt dit tot een individuele behandeling met een zo'n optimaal mogelijk resultaat.

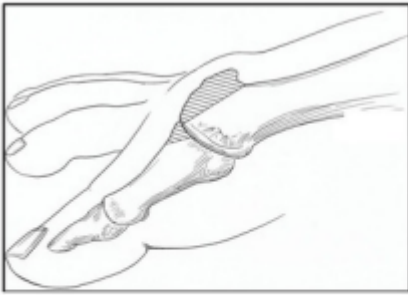
De operatiemethoden

De verschillende operatiemethoden hebben met elkaar gemeen dat de pijnlijke botrand aan de binnen- en/of bovenzijde van de grote teen wordt verwijderd via een incisie aan de binnenzijde van de voet. De methoden verschillen echter van elkaar in de manier van behandeling van de slijtage in het gewricht van de grote teen zelf. De verschillende methoden ter correctie van een hallux rigidus zijn een cheilectomie of een artrodese. Het plaatsen van een prothese voor de grote teen wordt vanwege matige resultaten op de lange termijn niet gedaan in Amphia.

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.

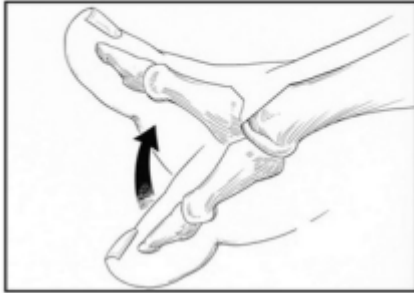
Een hallux rigidus correctie middels cheilectomie

In het algemeen wordt deze methode gebruikt bij een milde hallux rigidus. Bij lichtere artrose van het gewricht kan dit worden schoongemaakt. Dit gebeurt door de botaangroei rond het gewricht te verwijderen. Deze methode heet cheilectomie (zie figuur 3A en 3B). Het voordeel van deze methode is dat de pijnlijke botaangroei wordt weggehaald en de beweeglijkheid van het gewricht toeneemt. Het nadeel is dat de slijtage in het gewricht zelf blijft bestaan. Deze kan in de loop van de tijd toenemen en ook weer klachten geven.



Figuur 3A

Figuur 3B



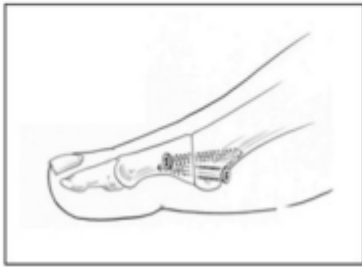
Een hallux rigidus correctie middels artrodese

Wanneer sprake is van matige tot ernstige hallux rigidus wordt gekozen voor een artrodese. Bij een artrodese wordt het gewricht van de grote teen vastgezet (zie figuur 4A en 4B). Bij dit vastzetten wordt het gewricht tussen beide voetbeentjes uitgehaald, waarna het wordt vastgezet met twee schroeven of een plaatje met schroeven. Het voordeel van deze methode is dat de pijn verdwijnt doordat het versleten gewricht vastgezet wordt. Dit vastzetten gebeurt in een dusdanige stand dat afwijking van de voet mogelijk blijft na de operatie. Om dit te bereiken is het nodig de teen iets naar boven vast te zetten. Dat houdt in dat wanneer u met de blote voet op de grond staat de top van de grote teen iets van de grond af zweeft.



Figuur 4A

Figuur 4B



Het nadeel is dat het gewricht wat wordt vastgezet geen beweeglijkheid meer heeft na de operatie. Om toch een goede voetafwikkeling te behouden is het van belang dat de andere voetgewrichten voldoende soepel zijn om de afwikkeling te waarborgen. Soms is na de operatie een schoenaanpassing nodig om dit verder te ondersteunen. Een enkele keer is het nodig om de schroeven of plaatje met schroeven in een latere fase te verwijderen. Meestal kan het gewoon blijven zitten aangezien het over het algemeen geen klachten oplevert.

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 anesthesiemedewerker de mogelijke manieren van verdoving tijdens de operatie. Deze verdoving kan bestaan uit een algehele narcose of een ruggenprik.

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. Ook hebben rokers vaak meer pijn na de operatie. 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 Amphia. Eenmaal op de afdeling heeft u een gesprek met een verpleegkundige die u informeert over de gang van zaken. 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. Samen met de operateur wordt de te opereren voet gemarkeerd met een pijl. 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 40 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 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 de grote teen is vastgezet, wordt later op de dag een röntgenfoto gemaakt om te zien of de correctie geslaagd is. Ook komt de fysiotherapeut enkele instructies geven met betrekking tot het mobiliseren. Het lopen met twee elleboogkrukken wordt dan bijvoorbeeld met u geoefend. Tijdens de operatie wordt de operatiewond ingepakt in een drukverband.



Figuur 5

Indien een hallux rigidus correctie middels artrodese is verricht, wordt door de gipsmeester een gipsschoen om de geopereerde voet aangelegd ter bescherming van de verkregen stand (zie figuur 5). De gipsschoen om de voet laat u dan zitten tot de eerstvolgende controle. Indien een correctie middels de cheilectomie heeft plaatsgevonden wordt geen gipsschoen aangelegd, maar blijft alleen een drukverband om de voet zitten. Met behulp van een verbandschoen kan u vervolgens de voet gedoseerd 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 Amphia 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.

Enmaal thuis is het belangrijk dat u de voet goed hoog houdt om de zwelling na de operatie zoveel mogelijk te voorkomen. Indien een cheilectomie is verricht, mag u de voet gedoseerd belasten op geleide van de pijn. Indien de grote teen is vastgezet middels een artrodese mag de geopereerde voet de eerste twee weken niet belast worden. Tijdens deze periode adviseren wij u met behulp van elleboogkrukken te lopen. Het is wel belangrijk vanaf de eerste dag na de operatie buigen strekoefeningen van het enkelgewricht uit te voeren. Hierdoor verminderd de zwelling en wordt de kans op een trombosebeen kleiner. De eerste dagen na de operatie kunt 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 heeft meegekregen bij ontslag uit het ziekenhuis.

De poliklinische controle

Na twee weken wordt een controle afspraak gemaakt op het gipskamersprekeuur. De gipsschoen of het verband dat na de operatie was aangelegd, wordt door de gipsmeester verwijderd. Ook wordt de operatiewond beoordeeld. Restanten van (oplosbare) hechtingen worden zo nodig verwijderd.

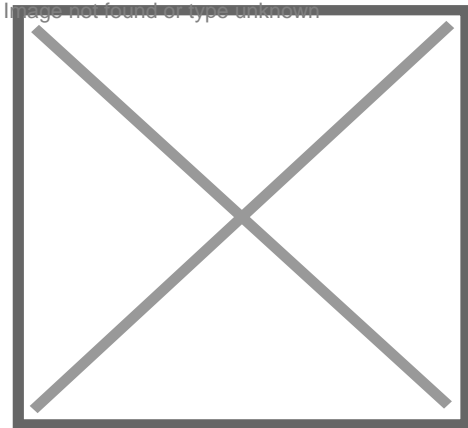
Indien de teen is vastgezet, wordt een gipsschoen met loopzool aangelegd. De voet mag nu voorzichtig toenemend belast worden op de platte voet. Kleine passen zorgen ervoor dat de geopereerde voet in beperkte mate belast wordt en deze goed kan genezen.

Indien het gewricht alleen is schoongemaakt krijgt u geen gips maar vaak een steunkous (zogenaamde tubigrip). Het is dan goed om te beginnen met buigen strekoefeningen van het gewricht van de grote teen zodat de beweeglijkheid herstelt. Het is niet ongewoon dat de huid rondom het litteken zwelling en een lichte verkleuring vertoont. Geleidelijk neemt dit vanzelf af. Zes weken na de operatie wordt een poliklinische controle afspraak gemaakt bij uw behandelend orthopedisch chirurg nadat eventueel gips

bij de gipskamer is afgehaald en een röntgenfoto is gemaakt. Samen wordt het beloop van de behandeling besproken en volgt een beoordeling van de geopereerde voet en gemaakte röntgenfoto. Meestal kan de belasting van de geopereerde voet hierna worden uitgebreid waarbij de eigen schoen weer gedragen mag worden. Gebruik bij voorkeur hiervoor een voldoende wijde veterschoen met stijve zolen.

Het resultaat

Het resultaat van de hallux rigidus correctie wordt geëvalueerd door beoordeling van zowel de voet zelf alsook de röntgenfoto die u heeft laten maken (zie figuur 6). Ondanks een fraai resultaat na een hallux rigidus correctie kan het een enkele keer nodig zijn om steunzolen of zelfs semi-orthopedisch schoeisel voor te schrijven waarbij een zoolverstijving met afwikkelforziening wordt aangebracht.



Uit onderzoek blijkt dat uiteindelijk ongeveer 90% van de patiënten tevreden is met het eindresultaat na het vastzetten van de grote teen. Na het schoonmaken van het gewricht ligt dat percentage wat lager. Dit komt doordat de milde artrose in het gewricht blijft bestaan en op den duur toe kan nemen wat weer tot klachten kan leiden. Gelukkig kan dan alsnog het gewricht worden vastgezet.

Risico's en mogelijke complicaties

Een hallux rigidus correctie 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 trombosebeen. 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. De kans op een trombosebeen wordt ook verkleind door het uitvoeren van buig- en strekoefeningen van de enkel.

Specifieke risico's bij een hallux rigidus correctie zijn overcorrectie of ondercorrectie van de stand wanneer de teen wordt vastgezet. Deze suboptimale stand hoeft op zich niet meteen te leiden tot problemen maar kan mogelijk het afwikkelen van de voet na de operatie beïnvloeden of het vinden van de juiste schoenen bemoeilijken. 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 aan de grote teen. Dit kan zich doorgaans in de loop van de tijd herstellen, tot zelfs 1 jaar na de operatie.

Wanneer bij een operatie bot aan elkaar gezet is, moet dit weer aan elkaar vastgroeien. Alleen als bot weer één geheel wordt, resulteert dat in een stabiele en pijnloze voet. Een enkele keer groeien de botten

niet goed aan elkaar vast en moet het opnieuw worden geopereerd.

Indien een dystrofiebeeld (zogenaamd CRPS) ontstaat, is sprake van heftige extreme pijn bijvoorbeeld al bij aanraking van de huid. Gelukkig komt deze complicatie heel weinig voor. 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 a drie weken na de operatie. Voor zwaarder werk waarbij u veel moet lopen, is het raadzaam de hervatting uit te stellen tot zes a acht weken na de operatie.

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 twee maanden 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 nabloeding hebben, koorts krijgen of een rode gezwollen voet, enkel of been krijgen neem dan contact met ons op. ook als u voet of enkel meer pijn gaat doen moet u contact met ons opnemen. Dit geldt ook als uw voet in het verband of in het gips zit en een doof gevoel en/of tintelingen in de tenen ontstaat. Uiteraard kunt u ons altijd bellen wanneer u ongerust bent of zich zorgen maakt betreffende het verloop na de operatie.

- Algemeen nummer Amphia (076) 595 50 00
- Gipskamer Orthopedie (076) 595 40 69
- 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 Amphia. Als u specifieke vragen heeft over de gips- of verbandschoen, neem dan tijdens kantooruren contact op met de gipskamer Orthopedie. Heeft u vragen over de poliklinische controles na de operatie, neem dan contact op met de polikliniek van de Orthopedie.

Heeft u na uw bezoek aan uw behandelend specialist of na het lezen van deze informatiefolder nog vragen over een hallux rigidus operatie, 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 www.amphia.nl/orthopedischekliniek(<https://www.amphia.nl/orthopedischekliniek>)

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

