

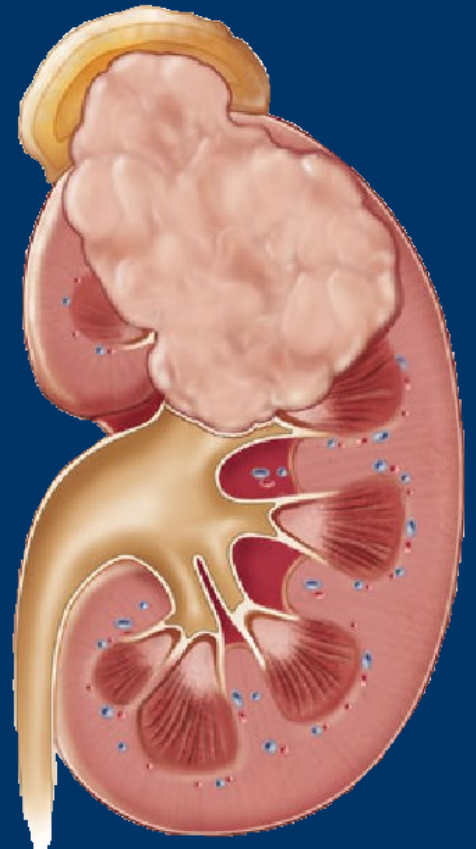


AZ JAN PORTAELS
Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde

urologie

nefrectomie

nefro-ureterectomie



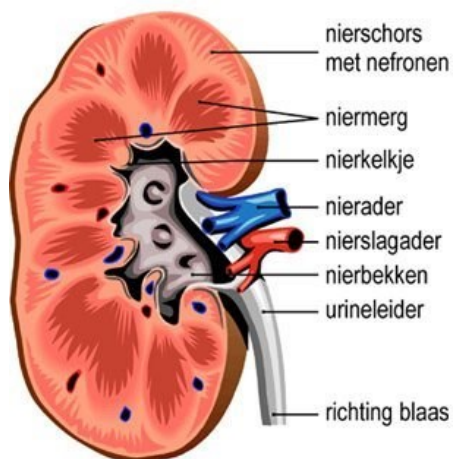
Binnenkort wordt u opgenomen voor een heelkundige ingreep in het AZ Jan Portaels te Vilvoorde.

Via deze informatiebrochure hopen wij u enigszins wegwijs te maken in het verloop van de chirurgische ingreep en het verblijf in het ziekenhuis. Deze brochure is echter niet allesomvattend en gebaseerd op de huidige stand van de medische wetenschap.

Tijdens de consultatie met de behandelend arts zal, voor zover als nodig, bijkomende relevante informatie worden meegedeeld.

DE NIEREN

De nieren zijn twee organen die gelegen zijn in de buikholte achter het buikvlies (peritoneum) links en rechts van de ruggengraat. De nieren hebben als taak de samenstelling van het bloed constant te houden. Daarbij verwijderen ze ongewenste stoffen, zoals afvalstoffen van de stofwisseling en via het voedsel opgenomen gifstoffen en geneesmiddelen.



Doorsnede van de nier

De nieren zorgen ook voor het handhaven van het zuur-base-evenwicht van het lichaam op langere termijn, door het transport van bicarbonaat en waterstofionen. Het product dat de nieren hierbij maken, een oplossing van stoffen die het lichaam niet meer kan gebruiken, heet urine.

De nieren spelen eveneens een belangrijke rol in de regeling van de bloeddruk en van de vocht- en zoutenbalans (natrium, kalium, ...). De nier is ook een hormonaal actief orgaan en scheidt een drietal hormonen af, erythropoïetine (EPO), vitamine D en renine.

NIER VERWIJDEREN

Er werd besloten tot het uitvoeren van een nefrectomie, het operatief verwijderen (gedeeltelijk of geheel) van een van de nieren. De reden hier toe kan verschillende oorzaken hebben.

NIERTUMOREN

De meeste vormen van nierkanker worden bij toeval vastgesteld aangezien ze gedurende lange tijd geen aanleiding tot klachten geven. Een van de indicaties kan bloed in de urine zijn. Daarnaast komen nog zeldzame klachten voor die doorgaans subtiel en niet specifiek van aard zijn.

Vaak wordt de beslissing genomen om de nier geheel of gedeeltelijk te verwijderen louter en alleen op de omschrijving van het beeld na een CT-scan. Een tumorbiopsie wordt enkel overwogen in wel omschreven omstandigheden zoals bijvoorbeeld een slechte nierfunctie, unieke nier, ... Er bestaat namelijk het theoretisch risico de tumor te verspreiden over het punctietraject van de biopsie.

TUMOREN VAN HET AFVOERSYSTEEM (PYELUM EN URETER) NIER

Deze tumoren zijn vergelijkbaar met blaaspoliepen. Het grootste verschil is de aard van de tumor. Blaaspoliepen zijn vaak goedaardig aangezien de blaaswand dik is en het enige tijd vergt om door de blaaswand te raken. De wand van het pyelum of de ureter is echter dunner, waardoor poliepen zich makkelijker kunnen verspreiden.

AFUNCTIONELE NIER (INFECTIE, STENEN, AANGEBOREN AFWIJKING)

Wanneer de nier minder dan 10% van de totale filteringscapaciteit voor zich neemt, spreekt men over een afunctionele nier. In dit geval veroorzaakt de nier chronische rugpijn, infecties, sepsis, onttaarding, ...

OPEN HEELKUNDE VERSUS LAPAROSCOPIE

In het AZ Jan Portaels wordt zo mogelijk steeds voor een laparoscopische ingreep gekozen. Hierbij wordt via kleine incisies de nier losgemaakt. Daarna wordt de nier via een kleine snede ter hoogte van de buik verwijderd. De spieren zijn hier dunner en er zijn ook geen belangrijke gevoelszenuwen waarmee rekening dient gehouden te worden. Dit maakt de ingreep minder pijnlijk na afloop.

Andere voordelen zijn een snellere revalidatie en minder bloedverlies.

Indien u voor een laparoscopische ingreep kiest, moet u er wel rekening mee houden dat er een zeer kleine kans bestaat dat tijdens de ingreep de uroloog of anesthesist kan beslissen om toch naar een open heilkundige techniek over te stappen, louter en alleen voor uw veiligheid.

Een open heilkundige nefrectomie wordt overwogen wanneer de tumor of de nier te groot zijn. Daarnaast kan omwille van uw voorgeschiedenis (vorige heilkunde, longaandoeningen, ...) ook voor de open ingreep gekozen worden.

Bij een open techniek wordt een snede gemaakt onder de ribbenboog. De spieren zijn hier dikker en er zijn enkele grote gevoelszenuwen onder de rib die kunnen beschadigd worden tijdens de ingreep. Dit maakt dat deze techniek achteraf meestal pijnlijker is. Hieraan is ook meestal een langere ziekenhuisopname gekoppeld.

PARTIËLE NEFRECTOMIE

Wanneer het een kleine tumor betreft of indien slechts een fragment van de nier afunctioneel blijkt, kan overwogen worden alleen het niet meer functionerende deel van de nier te verwijderen. Hierdoor kan het gezonde aspect van de nier gespaard worden.

Indien tijdens de operatie blijkt dat het technisch onmogelijk is het gezonde deel van de nier te laten zitten, kan de uroloog toch nog beslissen de volledige nier te verwijderen.

TOTALE NEFRECTOMIE

Bij een volledige nierverwijdering wordt de nier met het omliggend weefsel chirurgisch verwijderd. De bijnier wordt meestal ook verwijderd.

De afvoerbuis (ureter) wordt afgebonden maar niet noodzakelijk volledig verwijderd.

NEFRO-URETERECTOMIE

Bij nierbekken en uretertumoren moet naast een totale nefrectomie ook de ureter (urineleider) volledig tot aan de blaas verwijderd worden. Tumoren kunnen zich anders in de ureterstomp verder ontwikkelen.

VOORBEREIDING VOOR DE OPNAME

MEDICATIEGEBRUIK

Het is uitermate belangrijk om tijdens de voorbereidende doktersconsultatie te vermelden of u al dan niet behandeld wordt met bloedverdunnende medicijnen. Enkele voorbeelden hiervan zijn Asaflow[®], Aggrenox[®], Plavix[®], Ticlid[®], Sintrom[®], Marcoumar[®], Marevan[®], ... Omdat deze medicatie de bloedstolling dermate beïnvloedt, bestaat een precair gevaar op bloedingen tijdens en na de operatie. De behandelend arts zal met u de mogelijkheden bespreken om dit medicatiegebruik gedurende een periode voorafgaande aan de operatie tijdelijk te stoppen. Consulteer uw huisarts of specialist om zo nodig een vervangmiddel voor te schrijven.

Gebruik van Glucophage[®], Methformine[®] of Methformax[®] wordt best vanaf 24 tot 48 uren voor de ingreep gestopt. Consulteer de medicatiebijsluiter hiervoor.

Met mao-inhibitoren zoals Aurorix[®] en Nardelzine[®] moet u vanaf twee tot drie weken voor de ingreep tijdelijk stoppen. Raadpleeg uw huisarts of specialist om eventueel een vervangmiddel voor te schrijven.

Geneesmiddelen voor hart- en vaatproblemen, inclusief tegen hoge bloeddruk, voor longaandoeningen (puffs), voor schildklierproblemen en voor epilepsie blijft u best zo lang mogelijk nemen. Ook op de ochtend van de operatie mits een klein slokje water.

ALLERGIEËN

Het is ook cruciaal de behandelend arts en het zorgteam van de verpleegafdeling te informeren over eventuele allergieën zodanig dat de nodige preventieve maatregelen genomen kunnen worden.

Voorbeelden kunnen zijn: latexallergie, contrastallergie, allergie voor bepaalde medicijnen of producten, ...

PREOPERATIEVE CONSULTATIE

Indien u reeds gezondheidsproblemen hebt of u bent ouder dan 50 jaar, is het belangrijk dat er een aantal preoperatieve onderzoeken uitgevoerd worden. Deze onderzoeken ter voorbereiding van de behandeling omvatten meestal een bloedonderzoek en een elektrocardiogram.

U kan deze preoperatieve onderzoeken bij of via uw huisarts laten uitvoeren. Van zodra u over de resultaten van de onderzoeken beschikt, maakt u een afspraak met de dienst Preoperatieve Consultaties van het AZ Jan Portaels. U vindt achteraan de brochure de coördinaten.

UW ZIEKENHUISVERBLIJF

OPNAME

Meestal wordt u een dag voorafgaande aan de ingreep opgenomen of op de dag van de opname. Hou daarom reeds van thuis rekening met onderstaande adviezen.

VOEDING VOORAFGAANDE DE INGREEP

- U mag een lichte maaltijd tot zes uren voor het uur van opname verbruiken: twee beschuiten of boterhammen met confituur of ander zoet beleg. Geen kaas, vlees, yoghurt noch eieren.
- Tot twee uren voor het uur van opname raden wij aan gesuikerde dranken te drinken: frisdrank, koffie of thee met suiker, echter zonder melk, vruchtensappen zonder pulp, ... Maximum twee glazen per uur.

ZICH AANBIEDEN

- Eens in het AZ Jan Portaels laat u zich inschrijven bij de dienst Opname en Inschrijvingen. Hier moet u een voorschot betalen.
- Na de administratieve formaliteiten, zal de baliemedewerker u naar de verpleegafdeling verwijzen.
- Een zorgmedewerker van de verpleegafdeling zal u een kamer toewijzen en u wegwijs maken. Het toekennen van eenpersoonskamers hangt samen met de beschikbaarheid en wordt vanuit de opnamedienst geregeld. Tenzij omwille van medische redenen wordt een ere-loonsupplement van 150% aangerekend voor een eenpersoonskamer.
- Indien nog niet gebeurd, ontvangt u op dit moment een preoperatieve vragenlijst die u meteen dient te vervullen.

WAT BRENGT U MEE

Indien van toepassing:

- Thuismedicatie.
- De ingevulde preoperatieve vragenlijst indien u deze vooraf ontvangen hebt van de arts. Zo niet krijgt u deze op de verpleegafdeling.
- Resultaten van de preoperatieve onderzoeken.
- Alle radiologische onderzoeken.
- Attesten van de werkgever, verzekering, ... om te laten invullen.
- Toiletgerief, handdoeken, washandjes.
- Pyjama of slaapkleed.
- SIS- en identiteitskaart.
- Bloedgroepkaart.

WAT BRENGT U BEST NIET MEE

Wij stellen alles tewerk om diefstallen te voorkomen, maar een ziekenhuis is en blijft een publieke plaats.

Breng daarom geen waardevolle voorwerpen mee.

Indien noodzakelijk kan u ze in bewaring geven in de ziekenhuiskluis.

HET OPERATIEVERLOOP

PREOPERATIEVE VOORBEREIDINGEN | VOOR DE INGREEP

Indien geen preoperatieve onderzoeken uitgevoerd werden via uw huisarts of indien u de resultaten ervan niet mee hebt gebracht, zullen deze alsnog moeten uitgevoerd worden voor de ingreep kan plaatsvinden.

Aan de hand van een vragenlijst zal het zorgteam van de verpleegafdeling enkele algemene vragen stellen. Indien nodig vragen wij u de vragenlijst voor de dienst Anesthesie te vervolledigen en te ondertekenen.

Daarna bereidt het zorgteam u voor op de chirurgische ingreep. De operatiestreek wordt geschoren om infecties te helpen voorkomen, men zal u anti-trombosekousen (mocht u er al hebben breng ze dan zeker mee) aanmeten om tijdens en na de operatie bloedstolsels in de aders te helpen vermijden, de nodige parameters zoals bloeddruk, pols, lichaamstemperatuur, ... worden gemeten.

- U trekt het operatiehemdje aan.
- Eventuele sierraden, bril, contactlenzen, gebitsprothese, piercings, gehoorapparaten ... moeten verwijderd worden. Indien u helemaal niets hoort of begrijpt zonder hoorapparaat houdt u dit best in tot in de operatiezaal.

De verpleegafdeling wordt telefonisch verwittigd wanneer u in de operatiezaal wordt verwacht.

Na gewaterd te hebben, worden de anti-trombosekousen aangetrokken en wordt u met het bed naar de operatiezaal gebracht.

DE CHIRURGISCHE INGREEP

De ingreep gebeurt onder algemene verdoving. De anesthesist zal in uw arm een infuus prikken en zo de narcose toedienen waardoor u in slaap zal gebracht worden.

Eens de verdoving effectief werkt, plaatst de anesthesist een slangetje in uw keel waarlangs uw ademhaling tijdens de ingreep automatisch wordt overgenomen. U wordt ook tijdens de duur van de ingreep opgevolgd door een hartmonitor.

Van zodra men zich ervan vergewist heeft dat de verdoving optimaal werkt, zal de chirurg starten met de ingreep.

Vooraleer de wonde te sluiten, zal de arts zo nodig een buisje plaatsen om het wondvocht gedurende de eerste dagen na de ingreep te laten afvloeien.

POSTOPERATIEF | NA DE BEHANDELING

Na afloop wordt de patiënt in de ontwaakzaal of recoveryruimte van het operatiekwartier opgevolgd.

Pas van zodra u volledig bij bewustzijn bent en geen pijn meer heeft, kan u na advies van de anesthesist terug gebracht worden naar de verpleegafdeling.

Uw naasten kunnen steeds het zorgteam van de verpleegafdeling contacteren in verband met uw terugkeer uit het operatiekwartier.

Eens terug op de verpleegafdeling is het belangrijk gedurende de eerste 24 uren rustig in bed te blijven liggen.

Het zorgteam komt regelmatig langs om het infuus, mogelijke pijn, het verband, drainagebuisje, blaassonde en uw bloeddruk te controleren.

Via het infuus in uw arm krijgt u nog vocht en pijnmedicatie toegediend.

Het is niet de bedoeling onnodig pijn te lijden. Meldt daarom steeds pijn aan het zorgteam. Zij kunnen op doktersadvies de nodige pijnstilling aanpassen of toedienen.

Op de dag van de ingreep mag u niet eten of drinken. U mag wel uw mond spoelen, maar niet doorslikken.

DAG NA DE OPERATIE

De dag na de chirurgische ingreep mag u uit bed komen. Het infuus wordt verwijderd. Het zorgteam controleert de wonde en het verband wordt vervangen. Het wondbuisje wordt slechts verwijderd van zodra er geen vocht meer bijkomt.

DAGEN ERNA

De opnameduur in het ziekenhuis kan heel wisselend zijn en hangt af van verschillende factoren. Een gemiddeld ziekenhuisverblijf bij deze ingreep is ongeveer een week.

Gedurende uw ziekenhuisverblijf komt een van de urologen elke dag langs. Om organisatorische redenen zal dit niet steeds de behandelend uroloog zijn. Uw vorderingen worden dagelijks in het urologen team besproken en door een van hen opgevolgd.

ONTSLAG

Van zodra de arts u medisch ontslagklaar heeft verklaard, zal hij de nodige attesten voor de mutualiteit en werkgever vervolledigen, medicatie voorschrijven en een informatiebrief voor uw huisarts meegeven.

Vraag op het moment van uw ziekenhuisontslag ook uw radiografieën, u zal ze later eventueel nog nodig hebben.

Informeer het zorgteam nog even van zodra u daadwerkelijk de verpleegafdeling verlaat.

CONTROLE

Na drie weken wordt u voor een controleraadpleging verwacht. Als er bij uw ziekenhuisontslag geen afspraak werd gemaakt, kan u best zo snel mogelijk een afspraak vastleggen.

TERUG THUIS

Eens terug thuis kan u uw activiteiten na verloop van tijd terug herneemen. Hou wel rekening met het volgende.

Enkele adviezen

- Gedurende de eerste week bestuurt u best geen voertuig.
- Werkhervatting wordt besproken tijdens het controleconsult.
- Licht huishoudelijk werk kan, maar tot aan de pijngrens.
- Zwaar huishoudelijk werk is verboden tot uw arts hiervoor toestemming geeft.
- Bij pijn mag u Dafalgan[®] 4 x 1g nemen.
- De hechtingen worden verwijderd door uw huisarts, acht tot tien dagen na de ingreep.
- De huisarts zal ook uw medicatie nakijken en indien nodig aanpassen.

MOGELIJKE PROBLEMEN

Bij elke ingreep bestaat het risico op mogelijke verwickelingen die soms onomkeerbaar zijn en in het slechtste geval zelfs de dood tot gevolg kunnen hebben. Zelfs al is het risico op ernstige complicaties zeer laag, dit is helaas niet nul en meestal ook onvoorspelbaar. De behandelend arts heeft deze reeds met u besproken. Mocht u hierover echter nog vragen hebben, aarzel dan niet ze te stellen.

TIJDENS DE INGREEP

Tijdens de operatie moet de chirurg soms de techniek en de behandeling bijstellen afhankelijk van bevindingen of gebeurtenissen die zich tijdens de ingreep voordoen. Het is dus steeds mogelijk dat een laparoscopische of robot geassisteerde ingreep wordt beëindigd en dat wordt overgeschakeld op een open ingreep.

Rondom de nier liggen organen, zoals spieren, darmen, de bijnier, de lever, de milt, de alvleesklier (pancreas), de aorta en holle ader. Deze kunnen door het kankergezwel aangetast zijn of er kunnen letsels optreden. Deze letsels, die zelden voorkomen, worden dan onmiddellijk hersteld of behandeld op voorwaarde dat ze tijdig herkend worden.

Elke complicatie tijdens de operatie kan aanleiding geven tot een vertraagde hervatting van de spijsverteringactiviteit. Bij een letsel aan de dikke darm is het zeer zelden noodzakelijk om een (tijdelijk) colostoma aan te leggen om volledige genezing mogelijk te maken.

Gedurende de ingreep kan incidenteel het longvlies geopend worden. In dit geval wordt dit ook weer chirurgisch gesloten en/of zal de chirurg beslissen gedurende enkele dagen een drain in de borstholte te plaatsen.

Letsels aan de bloedvaten kunnen optreden en aanleiding geven tot signi-

ficant bloedverlies. Mogelijks is een bloedtransfusies dan noodzakelijk. Zelfs al wordt al het donorbloed thans getest, dan nog is overdracht op een aantal besmettelijke ziekten niet 100% uit te sluiten (HIV, hepatitis, ...). Dit risico op besmetting via bloed kan worden geëlimineerd door voorafgaande aan de ingreep eigen bloed af te nemen, dat dan zo nodig tijdens de operatie weer wordt toegediend (autotransfusie).

Hevige bloedingen die een bijkomende operatie noodzakelijk maken zijn zeldzaam.

Indien tijdens de ingreep de milt wordt gekwetst en de bloeding uit de milt niet te stelpen is, zal de milt worden weggenomen (zeer zeldzaam). Na deze ingreep zal u dan een specifiek vaccin toegediend krijgen.

NA DE OPERATIE

De vorming van een stolsel in de aderen van het been of het bekken (diepe veneuze trombose of flebitis) kan aanleiding geven tot longembolie door migratie van dit bloedstolsel naar de longen. Deze complicatie kan fataal zijn. Dit wordt verhinderd door het injecteren van subcutane anticoagulantia en het dragen van steunkousen tijdens de maand volgend op de operatie. Dankzij deze maatregelen is de kans op diepe veneuze trombose en longembolie zeldzaam tot zeer zeldzaam. Geïnjecteerde anticoagulantia verhogen echter wel het risico op nabloeding.

Naar aanleiding van een behoorlijke nabloeding kan een bijkomende greep noodzakelijk geacht worden. Deze verwikkeling is echter zeldzaam.

Paralytische ileus: de werking van de darmen herstelt zich niet of slechts zeer traag na de operatie (darmparalyse). Onbehandeld kan dit aanleiding geven tot een opgezette buik en braken. Er kan dan beslist worden om de maagsonde tijdelijk te behouden of opnieuw te plaatsen. Bij een laparoscopische ingreep is dit een zeldzame complicatie, occasioneel bij

een open ingreep (lumbotomie) tot frequent (laparotomie).

Obstructieve ileus: bij elke operatie wordt litteken gevormd en zullen weefselvlakken aan elkaar verkleefd raken. Indien de ingreep langs de buikholte gebeurt (laparotomie, laparoscopie of robotchirurgie) bestaat er ook kans op verklevingen van de darmen. Zelden veroorzaken deze chronische pijn. Ze kunnen soms zo significant uiten dat de darmassage verstoord wordt (obstructieve ileus). In dit geval is een ingreep noodzakelijk (zeer zeldzaam). Normale darmverklevingen en littekenvorming van de weefselvlakken kunnen latere chirurgie in deze regio bemoeilijken.

Vermoeidheid na de ingreep kan een symptoom zijn van bloedarmoede. Indien u daar onmiskenbaar last van ondervindt, laat u best een bloedanalyse verrichten bij uw huisarts of chirurg. Afhankelijk van de resultaten zal u een behandeling worden voorgeschreven, zoals bijvoorbeeld ijzer-supplementen.

Verminderde nierfunctie: een tweede gezonde, goed functionerende nier zal de functie van de verwijderde nier grotendeels overnemen. Doorgaans veroorzaakt dit geen moeilijkheden, maar de nierfunctie dient wel regelmatig opgevolgd te worden aan de hand van een bloedafname. Afhankelijk van uw individuele situatie kunt u aanbevelingen krijgen qua dieet, gewicht en lichaamsbeweging, ... om uw enige nier minder te belasten. Hoge bloeddruk, diabetes en roken verhogen het risico op nierfunctievermindering. Indien er zich al voor de operatie een verminderde nierfunctie voordeed of er wordt na de nefrectomie een duidelijk verminderde nierfunctie vastgesteld, dan wordt u doorverwezen naar een nefroloog of nierspecialist die zo nodig dieetmaatregelen en een medicatietherapie kan opstarten. Is de nierfunctie ernstig verminderd dan is nierdialyse nodig.

Letsels aan zenuwtakken in de buikwand of flank kunnen zich voordoen in de zones rond de incisie in de buikwand of zij en zijn veroorzaakt door lokale compressie of door elektrocauterisatie (wegbranden van weefsel en dichtschrœien van haarvaten door hoge temperatuur). De letsels zullen hoogstwaarschijnlijk spontaan herstellen. Bij een lumbotomie (incisie in de zij) worden soms grotere zenuwtakken gekwetst of wordt zelfs een stuk van de twaalfde rib verwijderd. Dit kan aanleiding geven tot chronische pijnen.

Wondinfectie: een infectie van de huidincisies kan occasioneel voorkomen en vereist een antibioticakuur en/of drainage door de insnede opnieuw te openen.

Een urineweginfectie is een frequente complicatie na een ingreep en wordt behandeld met een antibioticakuur. Het risico op urineweginfectie neemt toe met de tijdsperiode dat de blaassonde wordt behouden.

Een breuk ter hoogte van het litteken in de buikwand is zeldzaam, maar kan aanleiding geven tot eventratie (uitpuilen van de buikinhoud doorheen de buikwand) en dit vereist soms een chirurgische correctie. Dit risico is groter na een open operatie.

Chyluslekkage (lekkage van lymfevocht): zeer zelden kan er na een kwetsuur van een groot lymfevat tijdelijk chylus lekken naar de buikholte. Het volgen van een tijdelijk dieet kan daarbij nodig zijn.

Uitzonderlijk kan een hydrocoele (waterophoping rond de teelbal) ontstaan door het verwijderen van de lymfeklieren naast de nier. Dit kan met een kleine ingreep in de balzak verholpen worden.

Individuele gezondheidsproblemen kunnen het risico verhogen op (mogelijk fatale) complicaties, zoals hartinfarct, hartfalen, beroerte, longembolie, ...

WANNEER DE ARTS CONTACTEREN

- Bij plotseling hevige of aanhoudende pijn.
- Bij een wondprobleem.
- Wanneer u snel na de operatie koorts heeft boven 38,5°C.

TOT SLOT

Deze folder betreft een algemene voorlichting en is bedoeld als extra informatie naast de gesprekken met de behandelend uroloog. Bijzondere omstandigheden kunnen tot wijzigingen aanleiding geven. Dit zal altijd door de uroloog kenbaar worden gemaakt.

Mocht u na het lezen van deze folder nog vragen hebben, stel ze dan gerust aan de arts of aan het zorgteam. Meer informatie vindt u op onze website www.urologievilvoorde.be.

De dienst urologie wenst u alvast een spoedig herstel.

VERPLEEGAFDELING HEELKUNDE 1 | T 02 257 57 60
CONSULTATIES AZ JAN PORTAELS | T 02 257 51 73
PREOPERATIEVE CONSULTATIES | T 02 257 54 44

Consultatie privé | T 02 253 31 33

Grote markt 21, 1800 Vilvoorde

Nieuwelaan 63, 1860 Meise

Consultatie MCH | T 02 785 03 45

Hardlaan 69, 1970 Wezenbeek-Oppem



Algemeen Ziekenhuis Jan Portaels vzw
Gendarmeriestraat 65 | B-1800 Vilvoorde | T 02 254 64 00 | F 02 257 50 50
info@azjanportaels.be | www.azjanportaels.be