



ARTROSCOPISCHE ROTATOR CUFF HECHTING



DIENT ORTHOPEDIE
DR. L. VAN DEN DAELEN
DR. P. GUNST
DR. L. MISSINNE
DR. S. MUERMANS
DR. K. WILLEMS
DR. P. VERDONK
DR. P. D'HOOGHE

DIENT FYSIOTHERAPIE
DR. P. LINDEN
DR. A-M. BUYSE
DR. M. SNOECK
DR. P. ROMBAUTS
DR. V. LEFEVERE



DIT BOEKJE IS VAN:

© 2009 Stedelijk Ziekenhuis Roeselare (dienst orthopedie)
Brugsesteenweg 90, 8800 Roeselare - www.orthopedie-roeselare.be

Foto's: Tom Desnoeck (Unitas)
Illustraties: Biomet, Filip Ramon

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



Inleiding en inhoud

Uw arts heeft u een hersteloperatie van de schouderpees (rotator cuff) aangeraden. In deze brochure kan u de informatie die hij u reeds gegeven heeft nog eens rustig nalezen. Ook de nabehandeling en oefeninstructies worden uitgelegd. Mocht u nog nadere toelichting wensen, dan kan u dat uiteraard ten alle tijden rechtstreeks vragen aan uw behandelende arts. Het schouder-team van de afdeling orthopedie en fysiotherapie wenst u alvast een spoedig herstel toe.

Anatomie	4
Wat is een rotator cuff scheur?	5
Behandelingsmethoden	6
Voor de operatie: Shoulder Care meeting	7
In het ziekenhuis	8
De operatie	9
Kostprijs	11
Risico's en complicaties	12
Verloop na de operatie	14
Nabehandeling	15
Nuttige tips	16
Oefentherapie	18





Anatomie



FIG. 1: DE SCHOUDER

De schouder bestaat uit drie beenderen, het schouderblad (*scapula*), de bovenarm (*humerus*) en het sleutelbeen (*clavicula*). Het schoudergewricht wordt gevormd door de pan (korn) of glenoid (deel van het schouderblad) en de kop van de bovenarm (zie fig. 1).

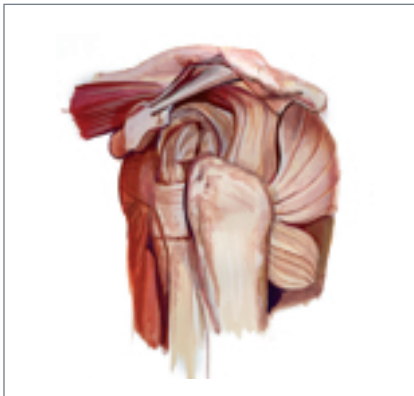


FIG. 2: DE ROTATOR CUFF

Om het gewricht bevindt zich een gewrichtskapsel. Daaromheen lopen spieren en pezen. Deze spieren en pezen vormen samen de "cuff". De rotator cuff, een complex van vier pezen (*subscapularis*, *supraspinatus*, *infraspinatus* en *teres minor*), verbindt de bovenarm met het schouderblad (zie fig. 2).

In normale omstandigheden is er voldoende ruimte tussen de kop van de bovenarm en het sleutelbeen zodat de tussenliggende rotator cuff vlot kan bewegen zonder wrijving onder het schouderdak (*acromion* = dakvormig uitsteeksel van het schouderblad). De tussenliggende slijmbeurs (*bursa*) zorgt voor een soepel bewegen van al deze structuren.



Wat is een rotator cuff scheur?



FIG. 3: ROTATOR CUFF SCHEUR

De rotator cuff, namelijk vier pezen rondom de schouder, zorgen voor het bewegen van onze schouder in alle richtingen. Ter hoogte van de aanhechtingsplaats zijn de schouderpezen onderhevig aan slijtage. Bijkomende irritatie ontstaat wegens ruimtegebrek door botaangroei aan het schouderdak. Wanneer de pezen geleidelijk verslijten, kunnen ze gaan scheuren. Dit is een bijzonder pijnlijke aandoening die ook gepaard gaat met krachtsverlies. Spontane genezing van een scheur gebeurt niet omdat deze zones van de pees weinig bloedtoevoer hebben (zie fig. 3).

De pees kan scheuren door spontane verouderingsprocessen, door overmatige

belasting, zoals bij bepaalde sporten (volleybal,...) of beroepen (schilders,...), of door ongeval (val of plotse ruk aan de arm). Rotator cuff scheuren veroorzaken pijn en krachtverlies in de aangetaste schouder, maar er zijn vele gradaties mogelijk. In sommige gevallen is de cuff slechts partieel gescheurd: hierbij is er pijn maar blijft er vaak een goede beweeglijkheid en kracht. Hoe groter de scheur is, hoe groter de bewegingsbeperking en krachtverlies van de schouder wordt. Het wordt dan moeilijker om de arm nog voorwaarts of zijwaarts op te heffen. Indien de rotator cuff volledig scheurt, wordt het onmogelijk om de arm in alle richtingen te bewegen.

De meeste cuff scheuren veroorzaken een vage, doffe pijn in de schouderregio en de bovenarm. Soms is er echter ook een schietende pijn die optreedt bij bepaalde bewegingen, gecombineerd met een verspringend gevoel. Zeer frequent is de typische nachtelijke pijn; heel vaak is het onmogelijk om in te slapen op de aangetaste schouder of wordt de patient 's nachts wakker wanneer hij op de schouder ligt.





Behandelingsmethoden



FIG. 4: ARTROSCOPIE

Voor kleine scheurtjes of oudere slijtage-scheuren zonder te veel hinder, kunnen pijnstillers en ontstekingsremmers (NSAI's) tijdelijk beterschap brengen. Ook inspuitingen met corticosteroïden kunnen hierin helpen, maar zijn bij misbruik eerder nadelig voor de kwaliteit van de pees. Anderzijds kan een gescheurde schouderpees nooit spontaan herstellen: daarom is in vele gevallen een operatie aangewezen om de kracht terug in de schouder te brengen. Indien de scheur onbehandeld blijft, wordt deze met de jaren gewoonlijk groter, en kan na jaren zelfs aanleiding

geven tot ernstige artrose (slijtage van het gewricht zelf). Deze peesscheuren kunnen in de meeste gevallen echter behandeld worden met een operatie die veel minder ingrijpend is dan voorheen. Deze operatie heet arthroscopie ofwel kijkoperatie (zie fig. 4).

Voordelen van schouderarthroscopie

Het voordeel van de arthroscopie is dat de orthopedisch chirurg met slechts kleine wondjes méér van het schoudergewricht te zien krijgt dan bij de zogenaamde 'open operatie', waarvoor hij een grote wond nodig heeft. De kleine wondjes geven ook een mooier litteken. Bovendien is met zulke wondjes een sneller herstel mogelijk dan met een grote wond. De operatie wordt minder pijnlijk ervaren en ook de eerste weken van de nabehandeling zijn veel draaglijker voor de patiënt. Het risico op bepaalde complicaties is bovendien kleiner.

Nadelen van de kijkoperaties

Deze operaties houden dezelfde (zeldzame) risico's in als de gewoonlijke open operaties. Bepaalde risico's zijn duidelijk meer beperkt bij de kijkoperatie (zie pag. 12).





Voor de operatie: Shoulder Care meeting

Wanneer tijdens de raadpleging besloten wordt tot een operatie, wordt een datum voor de ingreep gepland. Met het medisch dossier gaat u naar de huisarts om de algemene gezondheidstoestand na te kijken alsook eventuele onderzoeken te laten gebeuren (vb. bloed afname, EKG, röntgenfoto van de longen, ...). Er wordt voor de ingreep een "Shoulder Care" informatievergadering georganiseerd.

Deze informatievergadering vindt gewoonlijk enkele dagen voor de operatie plaats. Na de consultatie bij de orthopedist wordt hiervoor een afspraak gemaakt. Tijdens deze informatieve vergadering wordt u grondig ingelicht over de verschillende aspecten van de ingreep, de nabehandeling en de te verwachten herstelduur. Op deze vergadering dient u het groene medische dossier (na bezoek aan de huisarts) ingevuld mee te brengen.

U krijgt een video te zien over de ingreep. Er wordt tijd gemaakt voor technische uitleg over de operatie en het verloop van de revalidatie. U kan ook steeds vragen stellen aan de chirurg zelf. De anesthesist geeft uitleg over de narcose en gaat na of er eventueel patiënten zijn met bepaalde medische

risico's. Deze kunnen dan voor de operatie grondiger bekeken worden.

De kinesitherapeut en de ergotherapeut lichten de revalidatie toe, alsook houdingsgewoonten en het gebruik van de schouderbrace/abductiekussen. De schouder wordt nog eens nauwkeurig nagemeten, de functie en kracht worden genoteerd. Het abductiekussen wordt aangepast op maat. Zodoende kan u van een optimale voorbereiding genieten om de ingreep in zo veilig mogelijke omstandigheden te laten verlopen.





In het ziekenhuis

U wordt opgenomen de dag van de operatie. De volgende dag kan u normaal gezien weer naar huis. Na aanmelden aan de receptie wordt u naar de kamer gebracht. Daar volgt een opnamegesprek en krijgt u wat medicatie.

U dient steeds uw medisch opnameboekje en uw thuismedicatie mee te brengen, als-ook een duidelijk schema van wat u wanneer neemt. Bloedverdunningsmiddelen dienen meestal minimum een week voor de operatie gestopt te worden. Het is belangrijk om eventuele allergieën te melden, vb. aan antibiotica,

andere medicaties, of aan kleurstoffen, ontsmettingsmiddelen of voedingswaren. Dit is erg belangrijk tijdens de ingreep en de opname.

Er wordt een operatieschort aangetrokken en zodra het uw beurt is, wordt u naar het operatiekwartier gebracht.

Het is belangrijk al uw foto's mee te brengen tot in het operatiekwartier.





De operatie

Voor de ingreep wordt er een plaatselijke verdoving gegeven door de anesthesist. Dit is een tijdelijke plaatselijke verdoving van de schouder via een prik in de nek. Deze zorgt ervoor dat de schouder de eerste 12-24 uur veel minder pijnlijk is. Daardoor kan de narcose ook lichter zijn. Hierna volgt de algemene narcose. U gaat dus ook volledig in slaap.

De arthroscopie is een operatie die plaatsvindt onder algemene verdoving gecombineerd met plaatselijke verdoving. Via een kleine insnede (0,75 cm) wordt met een camera de binnenzijde van het schoudergewricht bekeken. Er wordt nagegaan of er schade is aan de pezen rondom het schoudergewricht en het gewrichtskapsel. Door verschillende van dergelijke wondjes kan de orthopedisch chirurg allerlei instrumenten invoeren, zoals schaartjes, tasthaakjes en prikinstrumenten die nodig zijn om de hechting van de pees inwendig uit te voeren. Tijdens de ingreep wordt de schouder gespoeld met water, waardoor deze uitzet. Hierdoor kan de chirurg makkelijker werken en krijgt hij een ruimer overzicht.

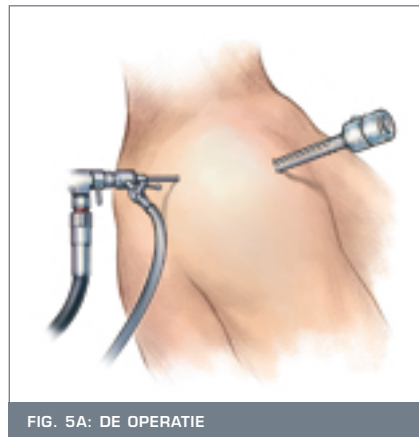
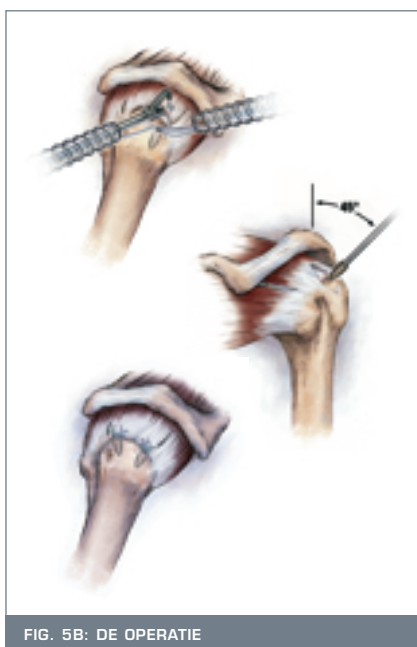


FIG. 5A: DE OPERATIE

Na een grondige inspectie van het schoudergewricht, neemt hij de onstoken slijmbeurs weg. Losse flarden van de pees worden verwijderd. Op de botrand waar de pees is afgescheurd, worden nu enkele ankers geplaatst waarop draden zijn bevestigd (zie fig. 5A+5B).

De gescheurde pees wordt losgemaakt van zijn vergroeiingen en terug op zijn plaats getrokken. De draden van de ankers worden gebruikt voor het hechten van de scheur. Dit gebeurt met speciale hechtinstrumenten via de kleine insnedes. Om te eindigen





wordt de onderzijde van het schouderdak (*acromion*) deels weggefreest om de pees in de toekomst meer ruimte te geven zodat er geen wrijving meer optreedt. De wondjes worden op het einde van de operatie gehecht of geplakt. U krijgt een schouderverband (*abductiekussen*), waarin u de arm kunt laten rusten (zie fig. 6).



Bij zeer grote scheuren of slechte pees kwaliteit kan het soms toch nodig zijn een grotere insnede te maken. Tot slot blijkt de pees in zeldzame gevallen niet meer te herstellen. Toch biedt de kijkoperatie dan beterschap op pijn, maar kan er geen winst gegarandeerd worden op kracht.





Kostprijs

Spijtig genoeg komen RIZIV en mutualiteit niet volledig tussen in de terugbetaling van de gebruikte materialen (ankers, coagulatieprobe, shavers) voor deze moderne operatie. De persoonlijke opleg in de kostprijs van

bv. de ankers kan al oplopen tot ongeveer 150 euro/stuk. Deze persoonlijke tussenkomst kan echter jaar per jaar variëren. Gelukkig zullen de meeste hospitalisatieverzekeringen het verschil bijpassen.





Risico's en complicaties

Ondanks alle voorzorgen en de vooruitgang van de geneeskunde en de technologie, kunnen een aantal verwikkelingen optreden. De hierna volgende lijst is gezinszins bedoeld om u af te schrikken maar om informatie te verstrekken zodat tijdig kan worden ingegrepen in geval van problemen.

Infecties

Infecties na arthroscopie komen slechts zeer zelden voor, maar treden soms toch op ondanks alle voorzorgen. Indien er zich roodheid of gloeien van de wondjes of schouder voordoet, dient u dringend de chirurg zelf te contacteren. Ook wanneer er vuil vocht of etter uit de wondjes komt, dient u dit te doen. Infecties zijn zeer zeldzaam maar dienen dringend in het ziekenhuis behandeld te worden. Zo nodig komt u gewoon naar de spoedgevallenafdeling.

Algoneurodystrofie van Südeck

Dit is een tijdelijke verstoring van de bloedvoorziening van het bovenste lidmaat, met pijn, zwelling, branderig warmte gevoel, klamheid en glanzen van de huid. Bij schouderoperaties gaat dit soms gepaard met een schouder-hand syndroom, waarbij de hand en vingers kunnen zwellen en wat stram zijn. Vaak is er ook een stijfheid van de schouder.

Deze afwijkingen zijn van tijdelijke aard en kunnen in de meeste gevallen verholpen worden.

Secundaire verstijving (frozen shoulder)

Na een ongeval met beperkt of belangrijk letsel aan de schouder maar ook soms na een heelkundige ingreep kan een verstijvingsreactie van de schouder optreden. Dit wordt best voorkomen door aangepaste kinesitherapeutische oefeningen, ontstekingsremmers of inspuitingen.

Zenuwuitval of "verlamming"

Deze risico's zijn uiterst beperkt. Dit kan een gevolg zijn van de plaatselijke verdoving, de ingreep of een langdurige houding tijdens de ingreep. Meestal is dit van voorbijgaande aard.

Opnieuw scheuren van de pees

Aangezien het om een pees gaat die reeds tekenen van slijtage vertoonde, is het niet





helemaal ugesloten dat een gehechte pees later opnieuw kan doorscheuren.

Risico's van de verdoving

Deze bespreekt u best met de anesthesist.

ALARMTEKENS

Doorgaans zijn alle bovenvernoemde complicaties eerder beperkt, en betekenen ze vaak slechts een vertraging in de revalidatie. Het is dan ook belangrijk uw chirurg tijdig te verwittigen indien één van de volgende alarmtekens zich zouden voordoen:

- Als de pijn in het operatiegebied toeneemt in combinatie met vochtafscheiding, roodheid of koorts.
- Als de schouder steeds moeilijker beweegt en pijnlijker wordt bij het oefenen
- Wanneer u kortademig bent en/of pijn hebt in uw borststreek bij het ademen.
- Zwelling van de hand met pijn, stramheid van de vingers en klamheid.

Neem zo nodig contact met uw huisarts, het secretariaat orthopedie op het nummer 051 23 64 06, of na de werkuren via de spoedgevallen afdeling op het nummer 051 23 62 21.

Indien u de chirurg tijdig verwittigt, kan hij snel de gepaste maatregelen nemen om deze verwikkelingen te behandelen en te beperken. Doorgaans is deze chirurgie echter zonder ernstige verwikkelingen en kan u op een succeskans tot gemakkelijk 85 tot 90% rekenen.





Verloop na de operatie

Na het inhechten van de pees heeft de natuur minimaal 6 weken tijd nodig opdat de pees terug zou ingroeien op het bot. Daarom mag u de eerste 6 weken de arm niet op eigen kracht opheffen. Immers, indien u dit zou doen, trekt u het gewicht van de arm op via de hechtingen, die zeker vroegtijdig zullen doorscheuren. Om dezelfde reden wordt de schouder in de eerste 4 tot 6 weken geïmmobiliseerd (stil gehouden) in een abductiekussen. Sommige patiënten zullen al vanaf de eerste dagen kunnen starten met kinesitherapie, anderen zullen 4 tot 6 weken moeten wachten. Dit hangt af van de kwaliteit van de pees, de spanning op de hechting en andere technische factoren. Dit wordt pas na de ingreep beslist.

Na de operatie blijft u gewoonlijk 1 nacht opgenomen in het ziekenhuis. De eerste dag na de ingreep kan de pijn gecontroleerd worden door de plaatselijke verdoving en/of door pijnstillers via het infuus, in pilletjes of door een inspuiting.

Alle patiënten komen de dag na de operatie naar de revalidatiezaal. Iedereen krijgt infor-

matie van de kinesitherapeut en de ergotherapeut omtrent het verdere verloop van de revalidatie, alsook de nodige instructies voor het ontslag. Er wordt uitgelegd hoe zich te wassen, te kleden en zelfstandig het abductiekussen aan en af te doen. Er wordt duidelijk uitgelegd wat mag en niet mag. Zo bent u het best geïnformeerd en kan u met een gerust hart terug naar huis. Op advies van de dokter mogen de meesten van u direct starten met de oefentherapie, sommigen moeten enkele weken wachten. Er zijn voorlopig enkel passieve mobilisaties toegestaan binnen de pijngrens. Bij ontslag krijgt u een brief mee voor de huisarts en een tijdelijke voorraad pijnstillers. U dient de huisarts de volgende dag te contacteren voor wondzorg en verdere praktische maatregelen.





De nabehandeling

Bij ontslag wordt er ook een revalidatie-schema meegegeven voor de kinesitherapeut. Er wordt persoonlijk uitgelegd of u al mag starten met kinesitherapie of dat u daar nog enkele weken mee moet wachten. Actieve oefeningen worden doorgaans pas toegestaan na 6 weken. Vanaf dan mag je dus pas op eigen kracht de arm opheffen.

De hechtingen mogen na 2 weken door de huisarts verwijderd worden. Een controle raadpleging wordt doorgaans voorzien na een viertal weken. Op dat ogenblik kan het schouderabductiekussen meestal worden verwijderd en de oefentherapie worden aangepast.

Om de beweeglijkheid van uw schouder terug te winnen moet u dagdagelijks zelf en met de kinesitherapeut oefenen. De oefentherapie vormt een belangrijk onderdeel van het revalidatieproces. Deze bestaat de eerste maand alleen uit passieve mobilisaties. Daarna wordt de oefentherapie geleidelijk actiever, alles op advies van de dokter en de kinesitherapeut. U zal gedurende de eerste weken zeker nog wat hinder ondervinden. Ook de oefentherapie kan initieel pijnlijk zijn. Deze klachten nemen gewoonlijk progressief af. Een vage pijn kan soms nog 3-4 maanden na de operatie aanwezig zijn.

De revalidatieduur bedraagt gemiddeld drie à vier maanden, maar kan af en toe ook wat langer duren.

De duur van eventuele arbeidsongeschiktheid is afhankelijk van het type werk dat u verricht. Kleine huishoudelijke handelingen kunnen al vanaf 8-10 weken zonder belasting. Gewichten heffen ten vroegste vanaf 3 maanden. Zware gewichten heffen mag u pas na 4 maanden. Autorijden kan gewoonlijk na 8-10 weken (bij operatie rechts) of na 6 weken (bij operatie links).

Doorgaans mag u een succeskans van gemakkelijk 85-90% verwachten. Alleszins is een positieve ingesteldheid de sleutel tot een goede genezing. Wij wensen u alvast een vlot herstel toe!





Nuttige tips

Kan ik het abductiekussen zelf aandoen?

Dit kan u inderdaad. De ergotherapeuten tonen hoe u dit zelfstandig aan en uit doet. Best doet u dit in zit.

- Til met de hand van de niet-geopereerde zijde de onderarm op en positioneer deze in het kussen.
- Sluit de bovenste velcro-strip.
- Neem de bovenste van de twee draagriemen en gooi deze over de andere schouder. Klik deze vast ter hoogte van de hand.
- De onderste draagriem wordt langs achter vastgenomen en vooraan vastgeklit ter hoogte van de buik.

Wat is een goede slaaphouding?

De eerste dagen na een schouderoperatie is het dikwijls moeilijk op de rug te liggen. Dit kan opgelost worden door half zittend te slapen, eventueel een kussen onder de elleboog te plaatsen of op de gezonde zijde te liggen.

Moet het abductiekussen voortdurend gedragen worden?

Tijdens de eerste zes weken steeds 's nachts.

Overdag mag het afgelaten worden bij behandeling, wassen, kleden, pendelen en ontspanning.

Waarom is een correcte houding belangrijk?

Men heeft steeds de neiging om de geopereerde schouder op te tillen, waardoor men na verloop van tijd last begint te krijgen van gespannen nekspieren. Vermijd dit door de schouder steeds laag en ontspannen te houden, met de elleboog in 90° naast zich.

Hoe kan ik mezelf omkleden?

De ideale kledij is losse kledij. Bij aankleden begint men met de geopereerde arm, bij uitkleden met de niet-geopereerde zijde.

Wanneer mag ik douchen?

Dit kan al na de dag van thuiskomst mits de operatiewondjes afgedekt zijn met een niet waterdoorlaatbaar pleisterverband (vaak doorzichtige wondpleisters).

Wanneer mag ik huishoudelijk werk doen?

Licht werk zoals wat stof afvegen, afwassen, uitborstelen, voorzichtig stofzuigen, kan na





8-10 weken. Zwaarder werk zoals schuren, schrobben en dweilen, ruiten wassen, kunnen ten vroegste na 3-4 maanden.

Wanneer kan ik terug aan sport doen?

Sport waarbij de armen belast worden zoals tennis, squash, boogschieten, mogen pas na een 4-tal maanden beoefend worden omdat de schouderpees hier hevig belast wordt. Zwemmen kan vanaf 2-3 maanden zonder zware belasting van de armen (vb. wel schoolslag, geen crawl of vlinderslag).

Wanneer mag ik fietsen en autorijden?

Fietsen mag voorzichtig na 8 à 10 weken. Indien u aan de linkerschouder geopereerd werd, mag u autorijden na een 6-tal weken, aan de rechterschouder pas na 8 à 10 weken omdat hiervoor meer kracht nodig is en de schouder pas dan voldoende getraind is.

Wanneer kan ik terug aan het werk?

Administratief werk kan ten vroegste na 6 weken. Handenarbeid na 3 à 4 maanden.



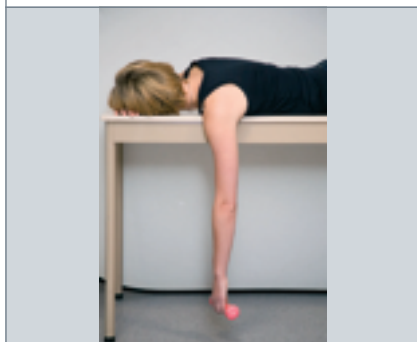


Oefentherapie

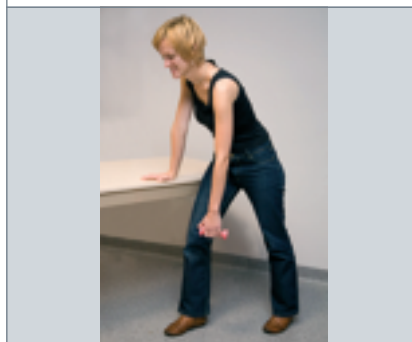
Zoals reeds eerder vermeld, is een vroegtijdige revalidatie meestal aangewezen. Enkele interessante oefeningen worden hier geïllustreerd. Het is weliswaar de bedoeling dat deze worden aangeleerd onder supervisie van de kinesitherapeut.

1. PASSIEVE OEFENINGEN VOOR DE EERSTE 4 WEKEN

OEF. 1A: pendelen liggend

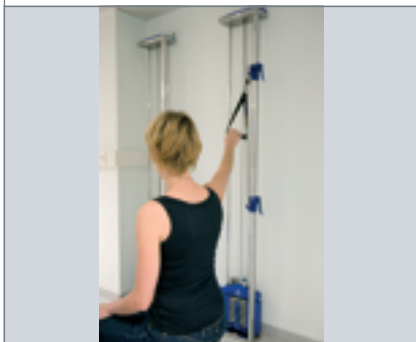


OEF. 1B: pendelen staand

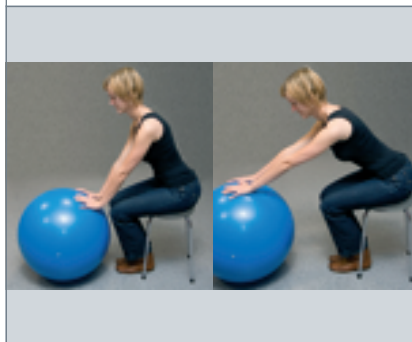




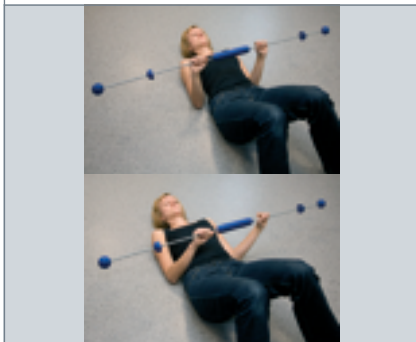
OEF. 1C: katroloefeningen



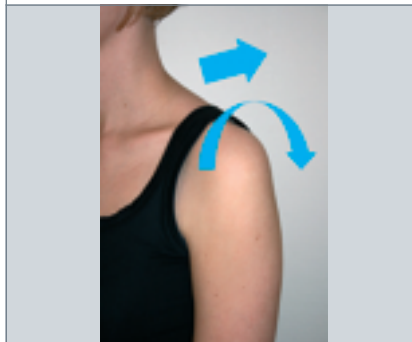
OEF. 1D: bal rollen in zit



OEF. 1E: passieve exorotatie in lig



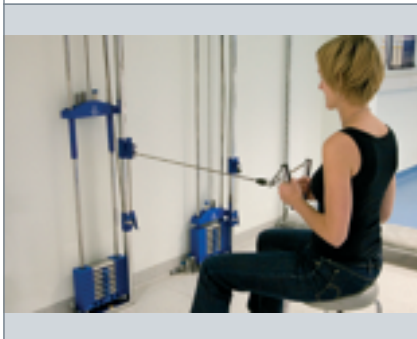
OEF. 1F: scapulaire setting



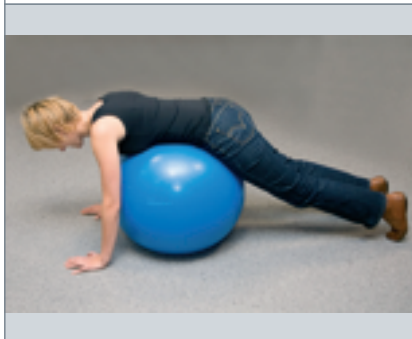


2. BEPERKTE ACTIEVE OEFENINGEN TUSSEN 4 EN 6 WEKEN

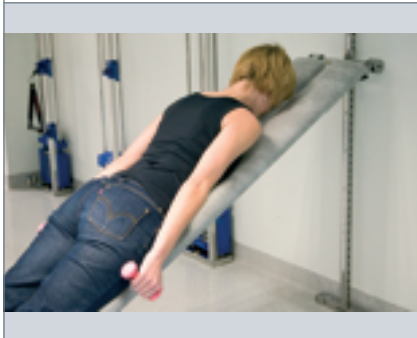
OEF. 2A: low rowing



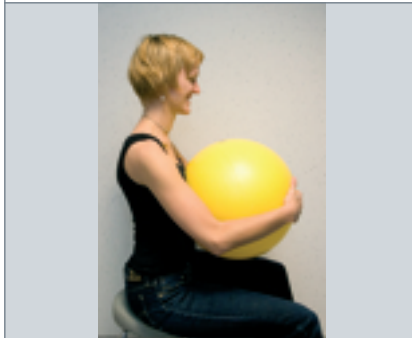
OEF. 2B: buiklig op bal



OEF. 2C: schuine plank retroflexie



OEF. 2D: scapulaire setting met bal





3. ACTIEVE OEFENINGEN NA 6 WEKEN

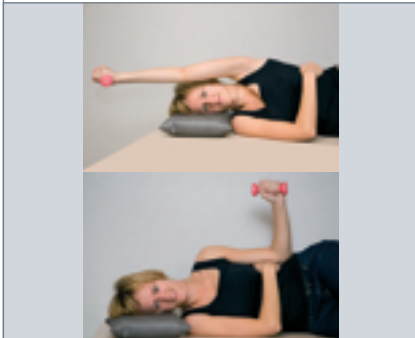
OEF. 3A: op bal met rekker



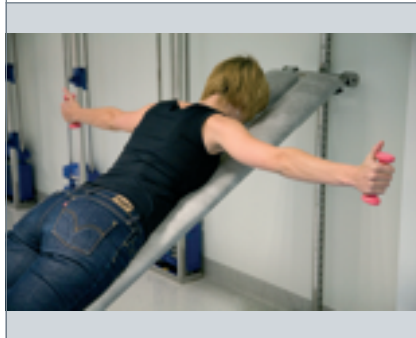
OEF. 3B: roeitoestel



OEF. 3C: zijlig met anteflexie/exorotatie



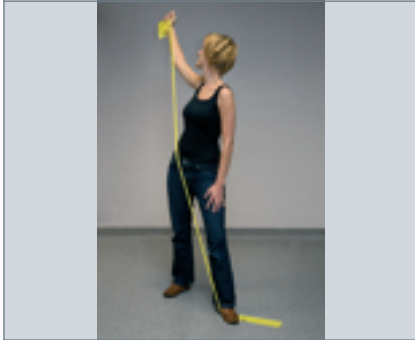
OEF. 3D: schuine plank full can





4. VERSTERKENDE OEFENTHERAPIE NA 10 WEKEN

OEF. 4A: kinetische keten met rekker



4B: excentrisch trainen in het scapulaire vlak



Alle oefeningen worden vanzelfsprekend aangepast aan de patiënt. Er wordt gekeken naar zijn algemene conditie, zijn dagelijkse activiteiten en de evolutie van zijn herstel.





Nuttige adressen

Het orthopedisch team bestaat uit 7 chirurgen. Uw chirurg zal samen met de andere leden van het team uw dagelijkse toestand opvolgen en voor meer vragen kunt u bij deze terecht.

Medische staf:

Dienst Orthopedie

Dr. Luc Van den Daelen
Dr. Paul Gunst
Dr. Lieven Missinne
Dr. Stijn Muermans
Dr. Karel Willems
Dr. Peter Verdonk
Dr. Pieter D'Hooghe

Dienst Fysiotherapie

Dr. Patrick Linden
Dr. Anne-Mie Buyse
Dr. Michel Snoecx
Dr. Pascale Rombauts
Dr. Valerie Lefevere

Secretariaat Orthopedie

Tel. 051 23 64 06 · www.orthopedie-roeselare.be of www.szr.be

Secretariaat Revalidatie

Tel. 051 23 61 34

Stijn Kindt en Mieke Desimpele (Shoulder Care Dienst Kinesitherapie)

Tel. 051 23 61 35

Rinus Altes (Shoulder Care Dienst Ergotherapie)

Tel. 051 23 61 35

Coördinator Shoulder Care

Tel. 051 23 62 13

Maatschappelijke Assistent (Sociale dienst)

Tel. 051 23 61 05







Stedelijk Ziekenhuis Roeselare (dienst orthopedie)
Brugsesteenweg 90, 8800 Roeselare
Tel. 051 23 64 06 · Fax 051 23 66 77 · www.orthopedie-roeselare.be
