

Operatieve correctie van hielpijn

met verwijderen botuitsteeksel

Inhoudsopgave

- Inleiding
- Anatomie van de voet en enkel
- De Haglundse exostose en syndroom
- De symptomen
- De behandeling
- De operatiemethoden
- Een standaard procedure
- Een uitgebreide procedure
- Vorbereiding op de operatie
- De opname
- De operatie
- Na de operatie
- Weer naar huis
- De poliklinische controle na twee weken
- De poliklinische controle na zes weken
- 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
- 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. Hierbij moet u denken aan deskundigheid van aandoeningen op het gebied van bijvoorbeeld schouder, rug, knie of voet. Doordat uw orthopedisch chirurg in het 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.

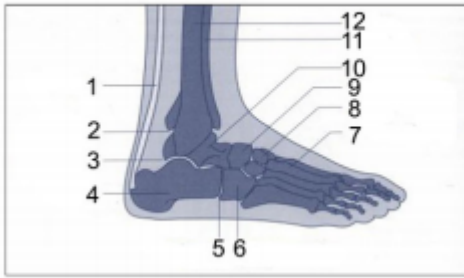
Deze patiënteninformatiefolder maakt onderdeel uit van het programma "Voet op Maat". Dit programma is opgezet om patiënten individueel te behandelen met een zo'n optimaal mogelijk resultaat. Immers elke patiënt is uniek, zo ook de afwijking. Hierop moet de behandeling en/of operatie worden afgestemd. De keuze van bijvoorbeeld de juiste operatiemethode is van belang voor het uiteindelijke resultaat. In het 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 Haglundse exostose 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

Haglundse exostose en syndroom

De term Haglundse exostose is een benaming voor een uitstekend botgedeelte aan de achter- en buitenzijde van het hielbeen (zie figuur 2). Door druk in het schoeisel ontstaat ter plaatse van het botuitsteeksel irritatie van de huid die gepaard gaat met roodheid en zwelling. Met name damesschoenen met een lage achterzijde zijn berucht, vandaar de term “pump-bump”. Door veelvuldig schuren in de schoen kan vervolgens de onderhuidse slijmbeurs ontstoken raken. Deze slijmbeurs raakt opgezwollen en veroorzaakt een toename van pijn wanneer bijvoorbeeld de schoen er tegen drukt.

Figuur 2



1. Achillespees
2. Retrocalcaneale slijmbeurs
3. Haglundse exostose
4. Hielbeen
5. Onderhuidse slijmbeurs

Wanneer naast het botuitsteeksel ook de achillespeesaanhechting en de slijmbeurs geïrriteerd raakt, is sprake van een Haglundse syndroom. Deze slijmbeurs bevindt zich tussen het hielbeen met het botuitsteeksel aan de voorzijde en de achillespeesaanhechting aan de achterzijde. Door veelvuldig langs elkaar schuren van de pees en het bot kan de slijmbeurs geïrriteerd raken. De slijmbeurs raakt gezwollen en geeft druk tegen de achillespees. Weefselshade in de achillespees- aanhechting is dan het gevolg. Deze shade bestaat uit een verstoorde samenhang van bindweefselcellen en elastische vezels. Uiteindelijk ontstaat in de pees zelf een soort litteken soms met verkalkingen. Vaak wordt hiervoor de term “ontstoken achillespees- aanhechting” gebruikt.

De symptomen

Veel mensen met een botuitsteeksel op het hielbeen hebben weinig of geen klachten wanneer er voldoende ruimte in de schoen aanwezig is. Vandaar dat een operatieve behandeling niet automatisch nodig is.

Bij een deel van de patiënten ontstaan echter wel klachten van het botuitsteeksel. Door druk in het schoeisel ontstaat ter plaatse van het uitsteeksel irritatie van de huid die gepaard gaat met roodheid en zwelling (zie figuur 3). Door veelvuldig schuren in de schoen kan vervolgens de onderhuidse slijmbeurs ontstoken raken. Deze slijmbeurs raakt opgezwollen en veroorzaakt een toename van pijn wanneer bijvoorbeeld de schoen er tegen drukt.

Wanneer de achillespeesaanhechting geïrriteerd raakt ontstaat door weefselschade een litteken met soms een verkalking in de pees zelf (zie figuur 4). De patiënt met deze afwijkingen heeft vaak last van opstartproblemen in de ochtend met pijn in de getroffen achillespees. Deze stijfheid en pijn zijn ook aanwezig bij het begin van het sporten, maar verdwijnen vaak na de warming-up om later in alle hevigheid weer terug te komen.



Figuur 3

Figuur 4



De behandeling

De behandeling van een Haglundse exostose is meestal een behandeling zonder operatie, ook wel conservatieve behandeling genoemd. De therapie is gericht op het tegengaan van de druk, waarbij aanpassing van de schoenen de eerste logische stap is. De aanpassing bestaat uit het uitdeuken van de schoen ter plaatse van de botuitsteeksel. Indien sprake is van een ontstoken onderhuidse slijmbeurs zijn ontstekingsremmers in tabletvorm een goede aanvulling.

Ook de behandeling van een Haglundse syndroom is meestal conservatief. De achillespeesklachten zoals ochtendstijfheid kunnen worden behandeld met dagelijkse rekoefeningen. Bij deze oefentherapie is het van belang dat de pees langzaam wordt opgerekt.

Daarnaast worden vele andere therapieën met meer of minder succes toegepast. Voorbeelden zijn

hakverhoging, shockwave therapie of gipsimmobilisatie. Lokale injecties met een corticosteroid preparaat wordt soms gegeven voor de geïrriteerde slijmbeurs tussen de achillespees en het hielbeen. Hierdoor zal de zwelling van de slijmbeurs verminderen waardoor de pijn zal afnemen. Deze injecties in de buurt van de achillespees is echter niet zonder gevaar, omdat een scheur op de lange termijn het gevolg kan zijn.

Voor een operatieve behandeling van een Haglundse exostose of syndroom 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 irritatie en eventuele afwijkingen op de röntgenfoto. Ook wordt hierbij de leeftijd van u als patiënt, uw beroep en sportactiviteiten meegenomen. Kortom, de juiste behandeling van een Haglundse exostose of syndroom wordt afgestemd op het klachtenpatroon. Uiteindelijk leidt dit tot een individuele behandeling met een zo'n optimaal mogelijk resultaat.

De operatiemethoden

Veelgebruikte methoden ter correctie van een Haglundse exostose of Haglundse syndroom in het Amphia zijn de verschillende operaties zoals een "standaard procedure" met het verwijderen van het botuitsteeksel en een "uitgebreide procedure" met het verwijderen van het botuitsteeksel gecombineerd met het schoonmaken en herstellen van de achillespeesaanhechting.

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

Een standaard procedure

Een standaard procedure wordt verricht bij een Haglundse exostose. Hierbij wordt het botuitsteeksel van het hielbeen verwijderd (zie figuur 5). De incisie wordt direct over de knobbel aan de achter- en buitenzijde van het hielbeen gemaakt. Meestal is het niet nodig hierbij de achillespees aanhechting los te maken, hooguit voor een klein gedeelte. Om de wond goed te laten genezen wordt meestal een drukverband en soms een onderbeengips aangelegd.

Een uitgebreide procedure

Indien sprake is van een Haglundse syndroom wordt een meer uitgebreide procedure verricht. De incisie wordt meestal precies in de middellijn aan de achterzijde over de achillespeesaanhechting gemaakt. De achillespees wordt hierna in de lengte gespleten en over een zo klein mogelijk gedeelte losgemaakt.



Figuur 5

Het littekenweefsel met ontstekingsweefsel en eventueel verkalkingen in de pees worden verwijderd. Vervolgens worden de slijmbeurs en het botuitsteeksel verwijderd, net als bij een standaardprocedure (zie figuur 5). Tot slot wordt de achillespees weer fraai herstelt. Afhankelijk van de resterende kwaliteit

van de achillespeesaanhechting aan het hielbeen is hierbij soms een zogenaamde botanker nodig ter versteviging van deze aanhechting. Een enkele keer is het ook nodig om de kuitspier hierbij te verlengen. Hiervoor wordt een kleine extra incisie aan de achterzijde halverwege de kuit gemaakt. Om de wond, maar vooral de achillespeesaanhechting aan het hielbeen goed te beschermen, wordt na een dergelijke uitgebreide procedure altijd een onderbeengips aangelegd.

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 of een ruggenprik. 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.

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.

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 30 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.

Enmaal 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

Tijdens de operatie wordt de operatiewond ingepakt in een drukverband. Indien nodig, wordt diezelfde dag door de gipsmeester een onderbeengips aangelegd (zie figuur 6). Dit gips is bedoeld om de achillespeesaanhechting te beschermen zodat het goed kan genezen. Het gips laat u zitten tot de eerstvolgende controle.

Trombose - 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.

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.

Enmaal thuis is het belangrijk dat u de voet goed hoog houdt om de zwelling na de operatie zoveel mogelijk te voorkomen. Het drukverband wat wordt aangelegd bij een standaard procedure mag na twee dagen worden verwijderd. Hierna volgt dan een soort steunkous (zogenaamde tubigrip).

De belasting na deze standaard procedure, waarbij alleen de botaangroei is verwijderd, is zo veel als de pijn toelaat. Na een uitgebreide procedure waarbij ook de achillespeesaanhechting gedeeltelijk is losgemaakt, wordt een onderbeengips aangelegd. De eerste twee weken mag het geopereerde been dan niet belasten. Tijdens deze periode adviseren wij u met behulp van elleboogkrukken te lopen. 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 twee weken

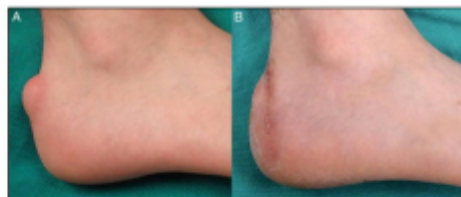
Na twee weken is een eerste poliklinische controle afspraak gemaakt op het wondspreekuur of gipskamerspreekuur. Het gips dat eventueel is aangelegd na de operatie wordt nu verwijderd. De operatiewond wordt beoordeeld en ook de hechtingen worden verwijderd. Indien de achillespeesaanhechting na een uitgebreide procedure nog langer beschermd moet worden wordt meestal een nieuw onderbeengips met loopzool aangelegd, soms een kunststof onderbeenspalk (zogenaamde Walker). Afhankelijk van de uitgevoerde operatiemethode mag het been nu voorzichtig toenemend belast worden. Om de achillespees aanhechting goed te kunnen laten genezen blijft het gips meestal aangelegd tot zes weken na de operatie.

De poliklinische controle na zes weken

Onafhankelijk van de operatiemethode wordt zes weken na de operatie een poliklinische controle afspraak gemaakt bij uw behandelend orthopedisch chirurg nadat het eventueel aanwezige gips op de gipskamer is afgehaald. Samen bespreekt u het beloop van de behandeling. Wanneer de voet nog fors gezwollen is wordt een steunkous (zogenaamde tubigrip) aangelegd. Meestal kan vanaf zes weken na de operatie de belasting van het geopereerde been worden uitgebreid. Het opnieuw trainen van de spierkracht, het evenwicht en de beweeglijkheid van de enkel is van belang. Meestal gebeurt dit onder leiding van een fysiotherapeut. Mocht het nodig zijn, dan komt u na drie maanden nog een laatste keer terug om het eindresultaat te bespreken.



Figuur 7



Voor de operatie

Na de operatie

Het eindresultaat

Het doel van de operatie is om de botaangroei van het hielbeen en het eventueel aanwezige ontstekingsweefsel in en rondom de achillespees aanhechting te verwijderen. Uiteindelijk ontstaat weer een fraaie vorm van de hak (zie figuur 7). Het resultaat is dat de schoen beter past en geen klachten meer geeft tijdens dagelijkse bezigheden. Daarnaast zal de functie van de voet en enkel verbeteren wanneer de weefselchade rondom de achillespeesaanhechting is verwijderd. Uit onderzoek blijkt dat uiteindelijk ongeveer 75% van de patiënten tevreden is met het eindresultaat.

Risico's en mogelijke complicaties

Een operatieve behandeling van een Haglundse exostose aan het hielbeen 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. De kans op een trombosebeen wordt verkleind door het toedienen van antistollingsmedicatie gedurende de periode van het immobiliseren van het onderbeen in onderbeengips.

Specifieke risico's bij een operatieve behandeling van een Haglundse exostose van het hielbeen zijn overcorrectie of ondercorrectie. Ook is er een kans van ongeveer 10% dat na een fraaie correctie ontstekingsweefsel rondom de achillespeesaanhechting terugkomt. De kans hierop is na een uitgebreide procedure het grootst. Dit resulteert dan in hernieuwde klachten vergelijkbaar met vóór de operatie. 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 voet. Dit kan zich doorgaans in de loop van de tijd herstellen, tot zelfs 1 jaar na de operatie. Verder kan een verminderde beweeglijkheid van de enkel optreden doordat rond de aanhechting van de achillespees soms extra littekenweefsel ontstaat. Deze beweeglijkheid van de enkel zal bij de meeste patiënten in de loop van de tijd alsnog geleidelijk verbeteren.

Indien een dystrofiebeeld (zogenaamd CRPS) ontstaat, is sprake van een 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 hiel kan ondervinden zoals kortdurende steekjes en pijntjes alsook zwelling van de voet of enkel. 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.

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 enkel of 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 (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 het onderbeengips, 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 Haglundse exostose, 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

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

