

Gastro-oesofagale reflux

Diagnose en behandeling van brandend maagzuur





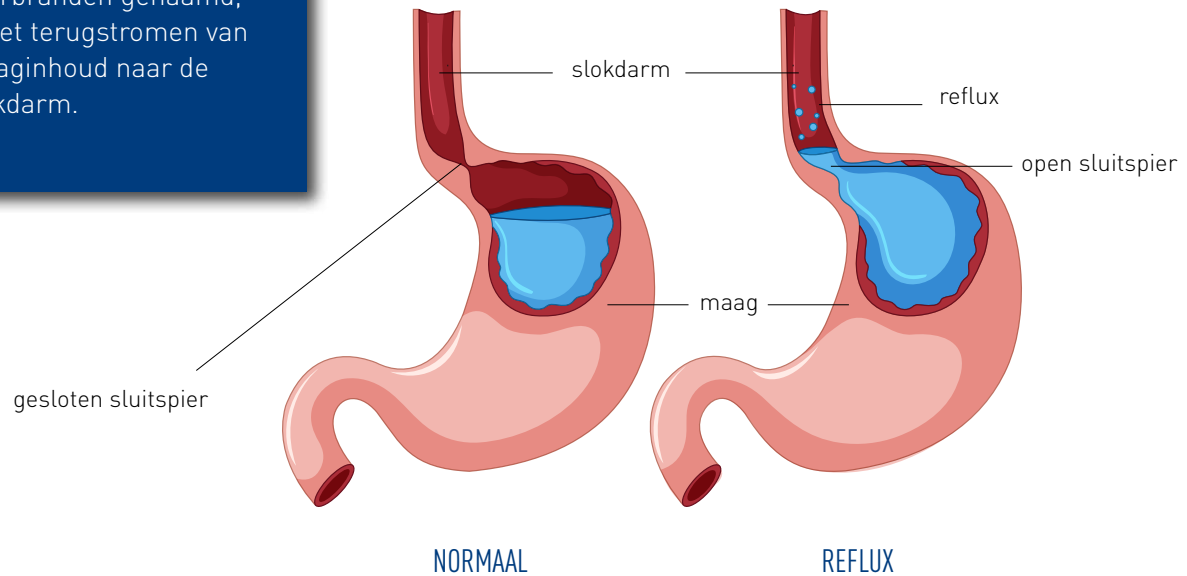
GEZONDHEIDSZORG MET EEN ZIEL

INHOUD

WAT IS REFLUX?	04
Hoe herken je reflux?	05
Hoe ontstaat reflux?	07
De gevolgen van reflux	07
DIAGNOSE VAN REFLUX	08
DE BEHANDELING VAN REFLUX	10
Conservatieve behandeling	10
Chirurgische behandeling	12
1. Wanneer aangewezen?	12
2. Voorbereiding op de operatie	12
3. De operatie	13
4. Na de operatie	14
5. Resultaten en eventuele complicaties	14
6. Richtlijnen voor thuis	16
7. Dieetadvies	17

WAT IS REFLUX?

Gastro-oesofagale reflux (GOR), ook brandend maagzuur of zuurbranden genaamd, is het terugstromen van maaginhoud naar de slokdarm.



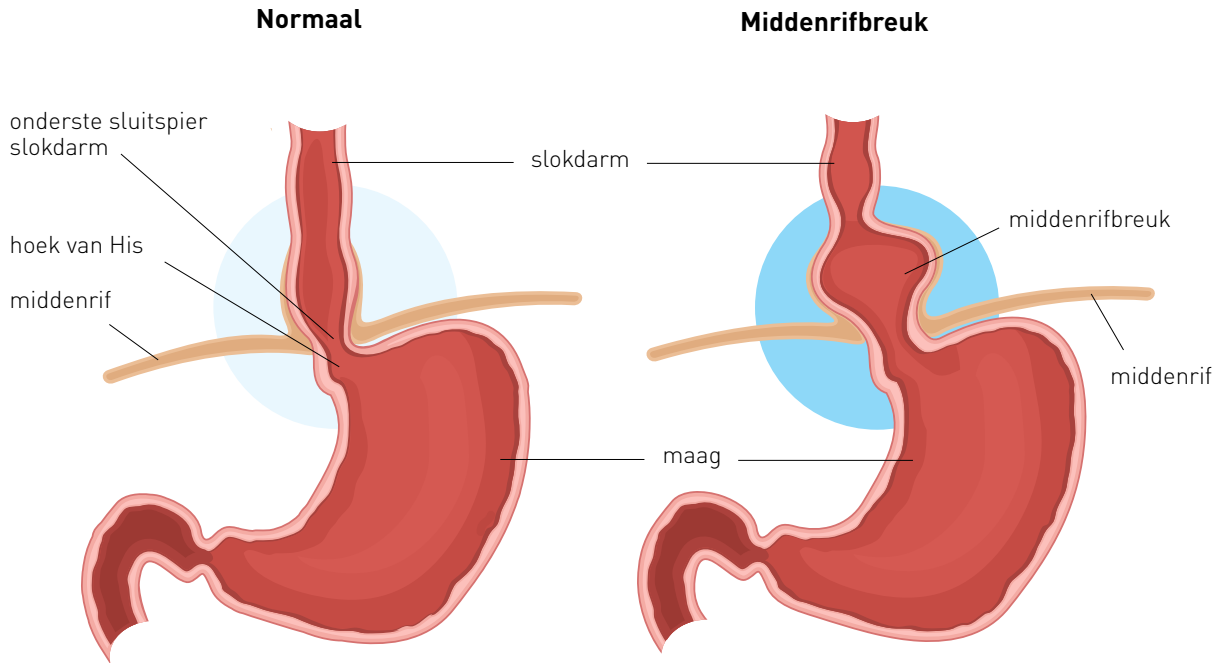
Hoe herken je reflux?

Typische klachten van reflux zijn:

- zure oprispingen
- slikproblemen
- zeurende/branderige pijn achter het borstbeen.

Wanneer het maagzuur tot in de keel of mond komt, kan dit lokaal irritaties, slecht ruikende adem en tanderosie veroorzaken. Ook kan hierdoor heesheid (door inwerking op de stembanden), hoest of astma (door inwerking op de luchtpijp) ontstaan.

Hoe ontstaat reflux?



(Ernstige) refluxklachten kunnen ontstaan door een middenrifbreuk (hiatale hernia of hernia diafragmatica). In het middenrif, de spier die de borstholte scheidt van de buikholte, zit een opening waarlangs de slokdarm van uit de borstkas naar de buikholte gaat. Is de opening wijder dan noodzakelijk, dan spreken we van een middenrifbreuk.



Bij een middenrifbreuk raakt de klepfunctie van de slokdarm verstoord, waardoor maaginhoud gemakkelijker terug kan stromen naar de slokdarm.

De slokdarm maakt bij de overgang naar de maag een scherpe hoek (hoek van His) ter hoogte van het middenrif, die scherper wordt wanneer de maag gevuld wordt bij eten en wanneer het middenrif samentrekt. Deze scherpe hoek vermijdt dat eten terugstroomt naar de slokdarm. Bij een middenrifbreuk waar de opening wijder is, is deze natuurlijke 'hoekstand' verstoord en kan maaginhoud makkelijker teruglopen in de slokdarm. Dit treedt eerder en sterker op wanneer de patiënt plat op zijn rug ligt of voorover buigt, omdat dan de zwaartekracht niet meer mee helpt om het zuur in de maag te houden.

De gevolgen van reflux

Aanhoudende refluxklachten kunnen leiden tot een verminderde levenskwaliteit door een slechte nachtrust (reflux wordt immers erger bij liggen) of doordat bepaalde activiteiten waarbij voorover gebogen dient te worden, niet uitgevoerd kunnen worden.

Wanneer het terugvloeien van het maagzuur naar de slokdarm langdurig en regelmatig gebeurt, kan de slokdarm geïrriteerd en ontstoken raken (refluxoesofagitis) met soms bloedverlies of vernauwing (stenose) tot gevolg. Bij langdurige blootstelling kan het slijmvlies van de slokdarm geleidelijk aan veranderingen ondergaan (Barrett-slokdarm), wat de kans op het ontwikkelen van een kanker van de slokdarm (adenocarcinoma) verhoogt.

DIAGNOSE VAN REFLUX

De diagnose van reflux kan op verschillende manieren worden uitgevoerd. Welke methode de meest aangewezen is voor een patiënt, wordt meestal in teamverband besproken.

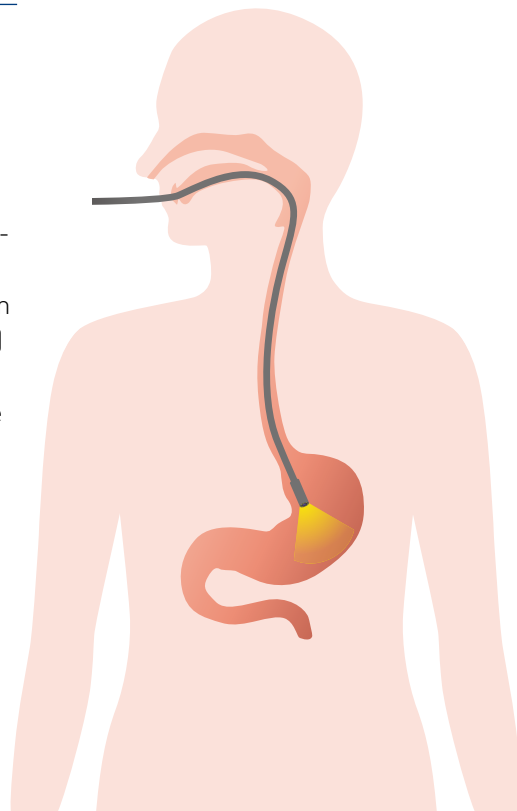
24 uurszuurmeting

24 uurszuurmeting of pH-metrie is in principe de gouden standaard. Hierbij wordt via de neus een dunne sonde geplaatst in de slokdarm, net boven de overgang naar de maag. De sonde blijft 24 uur ter plaatse en registreert continu de zuurtegraad. Bij klachten dient de patiënt op een knop te drukken. Zo kan later, bij het uitlezen van de zuurmeting, gekeken worden of er op het moment van de klachten ook daadwerkelijk reflux was.

Opgelet: vanaf twee weken voor dit onderzoek dienen zuurremmende medicijnen gestaakt te worden.

Gastroscopie

Bij een gastroscopie worden de slokdarm en de maag met een flexibele camera geïnspecteerd op schade door maagzuur. Zo kan beoordeeld worden of er al sprake is van een ontstoken slokdarm (oesofagitis) of Barrett-epitheel. Bij verdachte afwijkingen kunnen stukjes weefsel (biopten) van het slijmvlies afgenomen worden voor onderzoek onder de microscoop. Ook kan tijdens dit onderzoek een middenrifbreuk vastgesteld worden.



Manometrie

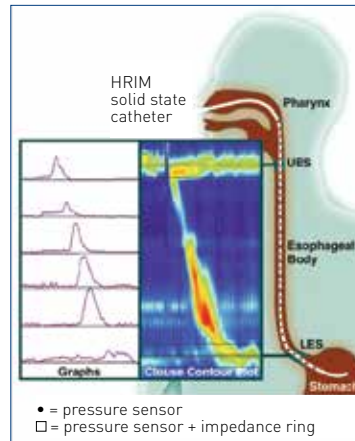
➤ De slokdarm wordt zowel bovenaan als onderaan begrensd door een sluitspier. Na het slikken opent de bovenste sluitspier zich. Met behulp van de zwaartekracht en bewegingen van de slokdarm gaat het voedsel naar de maag, waar de onderste sluitspier zich ontspant.

➤ Bij een manometrie wordt met een dunne sonde de druk in de slokdarm gemeten. Zo kan de relatie tussen het terugstromen van maaginhoud en de kracht van beide sluitspiers onderzocht worden.

➤ Dit onderzoek kan eveneens uitsluiten of er geen probleem is met de contractiliteit (het samen-trekken) van de slokdarm. Deze info is belangrijk alvorens een anti-refluxingreep gepland kan worden.



Foto X-SMD



Illustratie manometrie

Slikfoto (X-SMD of slokdarm-maag-duodenum onderzoek)

➤ Bij een slikfoto dient de patiënt onder röntgenstraling contrastvloeistof te drinken, zodat de overgang van de slokdarm naar de maag in kaart gebracht kan worden.

➤ Met een slikfoto kan (de grootte van) een middenrifbreuk vastgesteld worden, net als eventuele passageproblemen of het terugvloeien van contrast in de slokdarm. Ook kan de lengte van de slokdarm gemeten worden, wat belangrijke info is als een chirurgische behandeling overwogen wordt.

DE BEHANDELING VAN REFLUX

Conservatieve behandeling

De hoeksteen van conservatieve therapie bestaat enerzijds uit leef- en houdingsmaatregelen die het optreden van reflux verminderen en anderzijds uit medicatie zoals maagbeschermers en zuurremmende middelen.

Leef- en houdingsmaatregelen



Vermageren is bewezen zinvol voor patiënten met overgewicht of patiënten die recent in gewicht zijn toegenomen.



Het hoofduiteinde van het bed hoger plaatsen kan nuttig zijn, vooral bij patiënten met nachtelijke klachten of bij hoest/heesheid.



De laatste maaltijd wordt best niet later dan twee tot drie uur vóór het slapengaan genuttigd.



Voedingsmiddelen die de aanmaak van maagzuur bevorderen of zorgen voor ontspanning van de onderste sluitspier van de slokdarm worden best vermeden. Denk aan vette of sterk gekruide voeding, cafeïne, chocolade, koolzuurhoudende dranken, pepermunt ...



Roken of alcohol drinken wordt afgeraden.

Anti-refluxmedicatie

De meerderheid van de patiënten kan behandeld worden met medicijnen die de maagzuurproductie doen afnemen of die het zuur neutraliseren. Ze kunnen in vier categorieën ingedeeld worden:

1

Antacida, zoals Rennie®, Maalox®, Antagel®, Gaviscon® ... zijn medicijnen die de zuurtegraad van de maag neutraliseren, waardoor er een milde verbetering van de klachten ontstaat. De reflux wordt wel niet echt vermeden. Deze medicijnen werken binnen de vijf minuten, maar hebben slechts een kortdurend effect van een 30- tot 60-tal minuten.

3

Proton pomp inhibitor (PPI), zoals omeprazole (Losec®), rabeprazol (Pariet®), pantoprazol (Pantozol®) en esomeprazol (Nexium®) is het meest krachtige medicijn dat de maagzuurproductie doet afnemen, met een snellere verbetering van refluxklachten. Ze zijn eerste keuze bij een ernstige erosieve slokdarmontsteking (oesofagitis), ernstige of frequente symptomen van maagzuur die een impact hebben op de kwaliteit van leven of bij een Barrett-slokdarm.

2

Histamine 2 receptor antagonisten (H2RA), meest bekend als ranitidine (Zantac®, Ranitidine® of Acidine®) verminderen de afscheiding van zuur door de blokkade van de cellen in de maagwand die het maagzuur aanmaken. Gezien hun verminderde efficiëntie op langere termijn, valt een langdurig gebruik af te raden.

4

Alginaten (Sucralfate®) binden aan het oppervlak van het slijmvlies en vormen als het ware een soort 'film', waardoor de genezing sneller kan verlopen en de gevoeligheid van de slokdarm vermindert. Gezien hun kortstondig effect en gelimiteerde werkzaamheid in vergelijking met PPI's (zie punt 3 hiernaast), worden ze enkel gebruikt bij de behandeling van maagzuur bij zwangere vrouwen of bij een slokdarmontsteking die moeilijk te genezen is.

Chirurgische behandeling

1. WANNEER AANGEWEZEN?

- Wanneer maagzuurremmende medicijnen en levensstijlaanpassingen onvoldoende effect hebben op de refluxklachten (falende conservatieve behandeling, zie p. 10-11).
- Wanneer patiënten niet levenslang maagzuurremmende medicijnen willen slikken, de medicatie niet goed verdragen of niet getrouw innemen.
- Wanneer complicaties van reflux optreden zoals niet goed genezende of terugkerende oesofagitis (slokdarmondsteking), benigne strictuur (goedaardige vernauwing van de slokdarm), Barrett's metaplasie zonder ernstige dysplasie (= voorstadium van kanker) of astma.



De richtlijnen voor de inname van voeding, vocht en medicatie staan in de anesthesiebrochure. Deze vind je in het onthaalpakket of online op: www.mariamiddelares.be.



2. VOORBEREIDING OP DE OPERATIE

Wanneer de patiënt volledig gezond is, zijn er geen specifieke voorbereidingen noodzakelijk. Rokers worden gevraagd hiermee te stoppen, door onder meer de verhoogde kans op een longinfectie, trombose (klonter in een bloedvat) of wondinfectie.

Bij gekende longproblemen, zoals astma of emfyseem (COPD), dienen de longen in een optimale conditie gebracht te worden, alvorens de operatie uit te voeren.

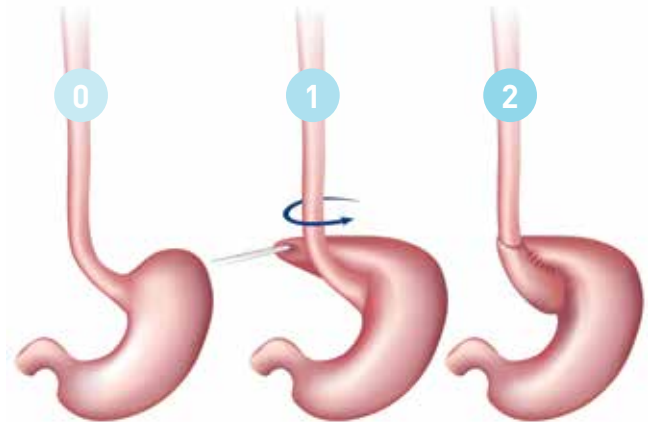
3. DE OPERATIE

➤ De operatie vindt altijd plaats onder gehele verdoving en meestal via een kijkoperatie (klassieke laparoscopie of robot-geassisteerd). Hierbij wordt de buik met koolzuurgas opgeblazen om een werkruimte te creëren. Via vijf kleine gaatjes in de buikwand worden de nodige instrumenten geplaatst om de operatie uit te voeren. Een voordeel van deze methode is dat de opnameduur en de herstelperiode vaak korter zijn, doordat de wonde veel kleiner is.

➤ In uitzonderlijke gevallen (bv. bij te veel littekenweefsel door vroegere ingrepen in de bovenbuik) kan dezelfde operatie via een klassieke insnede gebeuren. Daarbij dien je rekening te houden met een iets langere ziekenhuisopname en herstelperiode. Ook zal het litteken groter zijn.

➤ De meest gebruikte operatietechniek is de Nissen-funduplicatio. Hierbij wordt het deel van de maag dat in de borstholte ligt, teruggetrokken in de buikholte. Indien nodig wordt de te wijde doorgang in het middenrif vernauwd. De bovenkant van de maag wordt losgemaakt van de milt en vervolgens als een manchet achter de slokdarm doorgedraaid en vastgehecht aan de voorkant van de maag.

➤ Er bestaan nog variaties op de Nissen-funduplicatio, waarbij de manchet niet volledig rondom de maag gedraaid wordt, maar slechts gedeeltelijk zoals bij de Dor- of Toupet-funduplicatio, die minder slikstoornis (dysfagie) zou veroorzaken. Zeer uitzonderlijk wordt via de linkerborstkas een gedeeltelijke manchet gemaakt (Belsey-funduplicatio).



DE NISSEN-FUNDOPLICATIO

4. NA DE OPERATIE

Tijdens de ziekenhuisopname

Op de eerste dag na de operatie vindt een slikfoto plaats. Hierbij moet de patiënt een contrastvloeistof drinken om te zien of er een vlotte passage is ter hoogte van de slokdarm-maagovergang waar de manchet omheen ligt. Zo kan ook een mogelijk lek (door het losmaken van de maag) uitgesloten worden.

Als de slikfoto geruststellend is, mag de patiënt starten met drank en met vloeibare, gemixte voedingsmiddelen. Tijdens de ziekenhuisopname wordt een diëtiste in consult gevraagd om het dieetadvies voor thuis uit te leggen en voedingschema's mee te geven. Meer informatie over het te volgen dieet is te vinden vanaf p.17.

Naar huis

De duur van de hospitalisatie hangt af van een aantal factoren. Zo spelen leeftijd, de algemene toestand en de thuissituatie van de patiënt een rol. Ook zullen patiënten die geopereerd werden via een klassieke insnede vaak wat langer in het ziekenhuis blijven. Globaal geldt dat bij een vlotte inname van drank en vloeibare voeding, het infuus de tweede dag na de operatie verwijderd kan worden en de patiënt eventueel op ontslag kan gaan.

5. RESULTATEN

Bij gemiddeld 80 tot 90% van de patiënten wordt een goede tot uitstekende verbetering van de reflux bereikt gedurende minimaal 10 jaar na de operatie. Bij minder dan 20% van de patiënten zijn er blijvende klachten.

Ongeveer 10 tot 15% van de patiënten met een Nissenfunduplicatio hebben na afloop last van een meestal tijdelijk moeilijker passage van voeding doorheen de slokdarm (dysfagie). Hierdoor kan er tot 10% van het gewicht verloren worden onmiddellijk na de ingreep. Deze dysfagie verbetert al na een vier- tot zestal weken. Blijven de klachten duren of is er te veel gewichtsverlies, dan wordt best contact opgenomen met de chirurg.

Ook kan het opboeren van gassen in het begin moeilijker zijn. Hierdoor kunnen klachten als winderigheid of een opgeblazen gevoel optreden.

MOGELIJKE COMPLICATIES

- Zoals bij elke operatie kunnen er enkele algemene complicaties optreden zoals nabloeding, wondinfectie, trombose of longinfectie ...
- Pijn ter hoogte van de schouder(s) is een typische klacht die kan ontstaan na een kijkoperatie (laparoscopie) en verdwijnt na enkele dagen spontaan. Dat komt doordat het gas dat gebruikt wordt bij de ingreep het middenrif prikkelt. Dit wordt door het zenuwstelsel ter hoogte van de schouders gevoeld.
- Tijdens de operatie is vooral een bloeding aan de milt (of lever) de belangrijkste, maar gelukkig weinig frequente verwikkeling.
- Bij het losmaken van de maag die in de borstkas opgeschoven is, kan een klaplong (pneumothorax) optreden. Dit komt doordat het longvlies geperforeerd wordt, waardoor lucht in de borstkas geblazen wordt en de long gedeeltelijk toevalt. Hiervoor dient soms een drain (kunststofslangetje) ter hoogte van de borstholte geplaatst te worden die de lucht en het vocht tussen de longvliezen verwijdert en de long opnieuw laat ontplooiën.
- Bij de ingreep kunnen de zenuwtakken die langs de slokdarm en maag lopen beschadigd worden met (meestal tijdelijke) vertraagde maaglediging of diarree.
- Uitzonderlijk kan door het losmaken van de maag van de milt of uit de borstkas, een maagperforatie ontstaan. Daardoor kunnen maagsappen in de buikholte lopen, waarvoor meestal een nieuwe operatie nodig is om deze perforatie te sluiten.

6. RICHTLIJNEN VOOR THUIS

Algemeen advies

- Wondpijn is in zekere mate normaal na een heelkundige ingreep en kan een week aanhouden. Bij hoesten of heffen kan de pijn zelfs enkele weken gevoeld worden.

Tijdens deze periode mogen pijnstillers gebruikt worden. De intensiteit van de pijn dient wel alsmaar af te nemen. Bij toename van de pijnklachten wordt best contact opgenomen met de huisarts of chirurg voor een tussentijdse controle van de wonden.

- Schouderpijn na een kijkoperatie is niet verontrustend en verdwijnt doorgaans na enkele dagen.
- Na de ingreep zal meestal geen anti-refluxmedicatie meer nodig zijn.

- Hechtingen mogen door de huisarts verwijderd worden op de tiende dag na de ingreep. Tot die tijd worden de wonden best afgeschermd tegen water. De verbanden mogen verversd worden wanneer ze vuil zijn of loskomen.
- Bewegen is aangewezen zodra de pijnklachten dit toelaten en met respect voor de eigen pijngrens. Daardoor vermindert de kans op vorming van bloedklonters in de bloedvaten. Met sporten of tillen van voorwerpen van meer dan 10 kilo wordt best een drietal weken gewacht om een kleine littekenbreuk te vermijden ter hoogte van de insnede.
- Na de ingreep is algemene vermoeidheid gedurende enkele weken normaal.

Dieetadvies

- Bij een Nissen-operatie of antirefluxoperatie wordt de maag achter en rond de slokdarm geplaatst en met een aantal hechtingen vastgezet. Ter bescherming van de hechtingen is het nodig om de eerste weken de voeding aan te passen.
 - Na de contrast-slikfoto wordt gestart met drank en vloeibare, gemixte voedingsmiddelen. De eerste 14 dagen na de operatie mag enkel vloeibare of gemixte voeding genuttigd worden (**stap 1**). Vervolgens kan langzaam overgeschakeld worden naar zachte voeding (**stap 2**). Gezien opboeren de eerste weken na de ingreep moeilijk lukt, dienen koolzuurhoudende dranken absoluut gemeden te worden.
-

Stap 1: vloeibare en gemixte voedingsmiddelen

Voeding die glad (gemalen of gemixt) is zonder klonters, pitjes of velletjes. Door toevoeging van melk, bouillon ... kan de voeding verdund worden.



DRANKEN

Water, thee, koffie, niet-bruisende frisdranken, melkdranken, fruitsappen, bijvoeding (zie p. 20)
Belangrijk: geen bruisende dranken!

BROODMAALTIJD

Granenmix (bv. Clinutren Cereal van Nestlé, zie recept op p. 19), Brinta, fruitpap ...

WARME MAALTIJD

Soep zonder stukjes of garnituur, bouillon, groentepuree, groentemousse, puree, gemalen vlees en saus zonder stukjes of garnituur

TUSSENDOORTJES

Yoghurt, pudding, platte kaas, yoghurtdrink, vruchtenmousse (of gemixt blikfruit), smoothie ...

Neem voldoende voedingsvezels in voor een vlotte stoelgang

Gemixt fruit, smoothie met banaan (te bepalen), fruitpap, gemixte groenten, gezeefde soep, granenmix (zie kader hiernaast).

Bijvoeding van apotheek met extra vezels (zie p. 20)

Zorg voor voldoende vochtinname

Streef naar 1.500 ml drinkvocht per dag of meer.

Neem zeker 1.000 ml daarvan via water of waterachtige dranken zoals bouillon, thee of koffie. De rest mag aangevuld worden met melkdranken zoals chocolademelk, drinkyoghurt, bijvoeding ...

Als de stoelgang toch nog moeilijk verloopt, wordt geadviseerd om oplosbare vezels in poedervorm te nemen (bv. Optifibre, Stimulance ...). Vraag hiervoor raad aan de apotheek of neem contact op met de diëtist voor meer informatie. Bouw dit schepje per schepje op, niet meteen de volledige toegelaten hoeveelheid.

RECEPT GRANENMIX

Bv. Clinutren Cereal van Nestlé®
verkrijgbaar in de apotheek

Bereiding

- 1 portie: 50 g granenmix + 150 ml vloeistof (+ eventueel 20 g confituur of honing)
- Als vloeistof is er keuze tussen appelsap, sinaasappelsap, (volle) melk met confituur, (volle) melk met honing, (volle of halfvolle) chocolademelk
- Meet de hoeveelheden van Cereal en vloeistof apart af (dit moet strikt gebeuren)
- Roer smaakstof (confituur, honing of cacao-poeder) onder de vloeistof
- Voeg Cereal toe en roer de granenmix tot een glad geheel
- Smakelijk!

Voorbeelden bijvoeding

Fresenius Kabi®

Fresubin Energy Drink®

- energierijke bijvoeding zonder vezels
- 300 kcal, 11.2g eiwitten
- vanille, bosvruchten, abrikoos-perzik, cappuccino, neutraal

Fresubin Jucy Drink®

- energierijke bijvoeding zonder vezels
- 300 kcal, 8g eiwitten
- ananas, sinaas, zwarte bessen

Fresubin 2 kcal Drink®

- energie- en eiwitrijke bijvoeding zonder vezels
- 400 kcal, 20g eiwitten
- vanille, bosvruchten, cappuccino, abrikoos-perzik, neutraal

Fresubin 2kcal Fibre Drink®

- energie- en eiwitrijke bijvoeding met vezels
- 400 kcal, 20g eiwitten
- chocolade, citroen, abrikoos-perzik, vanille, cappuccino

Nestlé®

Resource Energy®

- energierijke bijvoeding zonder vezels
- 303 kcal, 11.2g eiwitten
- aardbei-framboos, banaan, chocolade, koffie

Resource Fruit®

- energierijke bijvoeding zonder vezels
- 250 kcal, 8g eiwitten
- appel, framboos-zwarte bes, peers, sinaasappel

Resource 2.0 + fibre®

- energie- en eiwitrijke bijvoeding met vezels
- 400 kcal, 18g eiwitten
- aardbei, abrikoos, bosvruchten, neutraal, chocolade, koffie, vanille

Resource HP/HC®

- energie- en eiwitrijke bijvoeding zonder vezels
- 320 kcal, 20g eiwitten
- aardbei, chocolade, karamel, perzik, vanille

Nutricia®

Fortimel Compact®

- energierijke bijvoeding
- 300 kcal, 12g eiwitten
- vanille, aardbei, mokka, banaan, chocolade, neutraal

Fortimel Extra®

- eiwitrijke bijvoeding
- 300 kcal, 20g eiwitten
- vanille, koffie, chocolade, aardbei, bosvruchten, abrikoos

Fortimel Compact Protein®

Kleiner flesje van 125 ml

- eiwitrijke bijvoeding
- 300 kcal, 18g eiwitten
- vanille, aardbei, mokka, banaan

Stap 2: zachte voeding

Voeding zonder harde stukjes, vellen of pitten.



Na ongeveer twee weken mag dit geleidelijk aan opgebouwd worden (tenzij er klachten zijn)

DRANKEN

Water, thee, koffie, niet-bruisende frisdranken, melkdranken, fruitsappen, bijvoeding
Belangrijk: geen bruisende dranken!

BROODMAALTIJD

Brood zonder korst (zonder pitten en zaden), beschuit, smeerbare of zachte toespijs
(smeerkaas, platte kaas, Hollandse kaas, ei, confituur, honing, chocopasta ...)

WARME MAALTIJD

Soep zonder stukjes of garnituur, bouillon, aardappelen, rijst, deegwaren, zacht vlees,
vis, goed gaar gekookte groenten

TUSSENDOORTJES

Zachte koek, zacht fruit zonder schil of vellen, yoghurt, pudding ...



In deze voeding zitten al meer vezels, dus mogelijk kunnen de extra vezels (Optifibre, Stimulance) worden afgebouwd.

EEN AANTAL TIPS

- Nuttig kleine, frequente maaltijden (6x per dag).
- Eet en drink rustig en kauw goed.
- Zit mooi rechtop tijdens en na het voedingsmoment.
- Vermijd gasvormende voedingsmiddelen (koolsoorten, peulvruchten, ui, bruisende dranken ...). Na de operatie kan minder gemakkelijk lucht opgeboerd worden, waardoor een opgeblazen gevoel en winderigheid kunnen ontstaan na het eten van gasvormende voedingsmiddelen.
- Eet geen droge voedingsmiddelen.
- Om aan de dagelijkse energiebehoefte te voldoen, is het belangrijk dat de kleine maaltijden voldoende calorieën bevatten. Dit kan door volle melkproducten te gebruiken, room toe te voegen ... Bouw de hoeveelheid hiervan geleidelijk op, vetrijke voedingsmiddelen kunnen namelijk de maaglediging vertragen en zo verteringsklachten geven.
- Vul de voedingsinname eventueel aan met bijvoeding. Dit is medische drinkvoeding die extra energie, eiwitten, vitaminen en mineralen aanbrengt. Deze bijvoeding is te verkrijgen in de apotheek. Spreid het drinken van de bijvoeding over een aantal uren, drink met kleine slokjes, drink ze koel of net op kamertemperatuur (volgens eigen voorkeur).

CONTACTGEGEVENS DIENST ALGEMENE HEELKUNDE

 **09 246 74 00**

AZ Maria Middelaes
Buitenring Sint-Denijs 30
9000 Gent

Medisch Centrum Maria Middelaes
Kliniekstraat 27
9050 Gentbrugge

Polikliniek Sint-Denijslaan
Sint-Denijslaan 351
9000 Gent

VOLG ONS OOK OP:



Gezondheids**Zorg** met een Ziel

Buitenring Sint-Denijs 30 | 9000 Gent | 09 246 46 46 | www.mariamiddelares.be | info@azmmsj.be