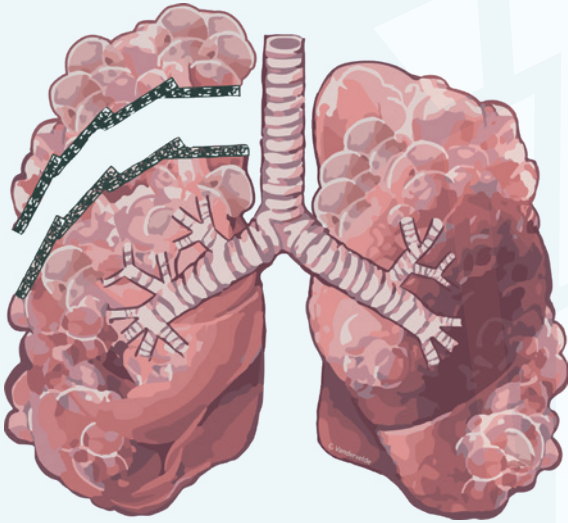




Longvolume- reductiechirurgie

informatie voor patiënten

INLEIDING	3
HET MULTIDISCIPLINAIR TEAM	4
WAAROM HEBT U EEN LONGVOLUMEREDUCTIE NODIG?	6
WAT IS LONGVOLUMEREDUCTIECHIRURGIE (LVRS)?	11
ONDERZOEKEN VOOR DE OPERATIE	15
VERBETERD HERSTEL	16
VOORBEREIDING OP DE OPERATIE (PREHABILITATIE)	18
Kinesithérapie	
Voeding	
UW VERBLIJF IN HET ZIEKENHUIS	23
MOGELIJKE COMPLICATIES EN KLACHTEN	32
ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS	33
WEER THUIS	35
OPVOLGING	38
OVERZICHT BEHANDELTRAJECT	39
PRAKTISCHE GEGEVENS	42
BELANGRIJKSTE CONTACTGEGEVENS	43

Een thoracoscopische longvolumereductie is een ingreep die UZ Leuven aanbiedt aan een selectie van patiënten met ernstig longemfyseem. Concreet is het een kijkoperatie waarbij uitgezette longblaasjes en delen slechtwerkende long worden weggenomen. Daardoor komt er meer ruimte vrij in de borstkas, zodat de overblijvende long beter kan uitzetten en functioneren. Zo kan het middenrif, de belangrijkste ademhalingsspier, beter werken.

Voor deze ingreep wordt u opgevolgd door de dienst thoraxheelkunde.

Tijdens de raadpleging kreeg u alvast veel informatie over deze ingreep. Om al deze informatie rustig te kunnen nalezen en verwerken, is er deze infobrochure ter aanvulling. De brochure vervangt het persoonlijk gesprek met uw zorgverlener zeker niet.

In deze brochure vindt u meer informatie over de voorbereiding op de operatie, het verloop van de ingreep en uw ziekenhuisverblijf en aandachtspunten na de ingreep. Verder wordt ook het 'enhanced recovery protocol' (ERP) toegelicht, waarin gewerkt wordt aan een beter herstel na longchirurgie en het vermijden van complicaties.

Hebt u nog vragen na het lezen van deze brochure? Aarzel dan zeker niet om contact op te nemen met iemand van het behandelende team.

Hospitalisatie-eenheid

Hospitalisatie 12 (thoraxheelkunde)
(Gele straat, poort 4, niveau 5)

Raadpleging (ambulant)

Raadpleging 9 (thoraxheelkunde)
(Oranje straat, poort 2, niveau 0)

HET MULTIDISCIPLINAIR TEAM

Binnen het team bieden we u de best mogelijke zorg doorheen het volledige traject: voor, tijdens en na de ingreep. Daarbij hebben we aandacht voor alle aspecten van uw gezondheid.

Artsen

Longchirurgen



prof. dr. Ceulemans



prof. dr. Van Raemdonck

Longartsen



prof. dr. Janssens



prof. dr. Dooms



prof. dr. Everaerts

Anesthesisten



prof. dr. Neyrinck



dr. Bouneb



dr. De Coster



dr. Van Loon



dr. Coppens

Radioloog



prof. dr. Coolen

Arts-assistent (PhD-student)



dr. Vandervelde

Projectcoördinator



Hannelore Geysen

Kinesitherapeut



Marianne Fontaine

Secretariaat thoraxheelkunde



Kim Jochmans

Hoofdverpleegkundige hospitalisatie 12



Eva Puttevils

Ergotherapeut

Kyara Van Minsel
Benja Maesen

Sociaal werker

Eveline Vanhalewyck

Diëtist

Jessica Servaes

Pastor

Joke De Waele

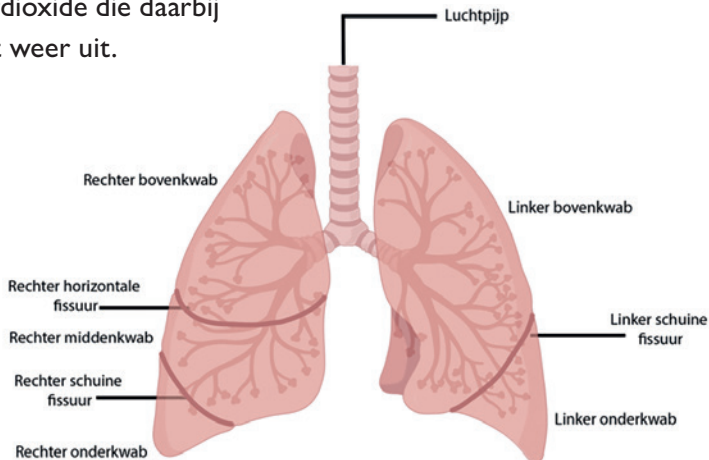
WAAROM HEBT U EEN LONGVOLUMEREDUCTIE NODIG?

U komt in aanmerking voor een **thorascopische longvolume-reductie**. Hierbij worden delen van de beschadigde en extreem opgeblazen gebieden van de long weggenomen, zodat het overblijvende deel van de long beter kan uitzetten en functioneren.

Om een beter inzicht te krijgen in hoe deze longvolumereductie u kan helpen, is het belangrijk om de werking van de longen te begrijpen.

WERKING VAN DE LONGEN

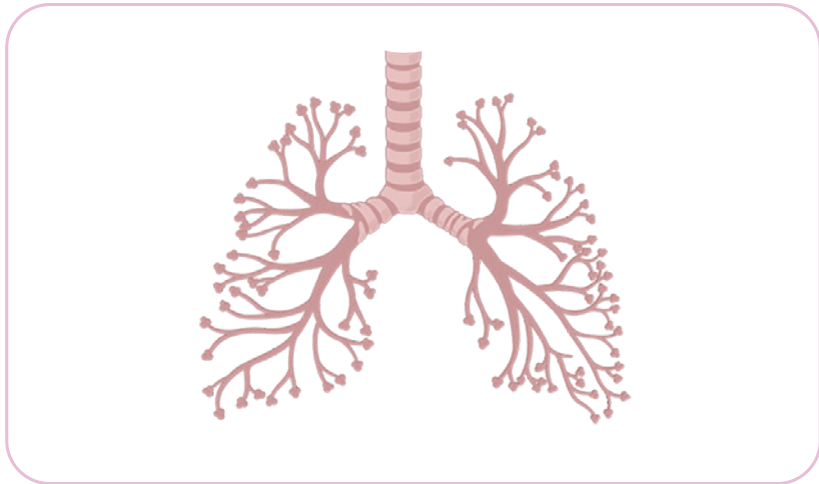
Geen enkel orgaan of weefsel kan overleven zonder zuurstof. Zuurstof wordt in ons hele lichaam gebruikt om energie te produceren aan de hand van chemische reacties. Bij deze chemische reacties ontstaat koolstofdioxide als afvalproduct: dit gas moet verwijderd worden uit het lichaam. Deze twee acties vormen samen de **gas-uitwisseling**: enerzijds nemen we via de longen zuurstof op uit de lucht dat in ons bloed wordt opgenomen, anderzijds ademen we de koolstofdioxide die daarbij ontstaat weer uit.



HOE ZIEN DE LONGEN ERUIT?

Normale longen zijn zacht en sponzig. Ze bestaan uit elastisch weefsel waardoor ze kunnen uitrekken. Beide longen zijn verdeeld in kwabben door scheidingslijnen (fissuren). De rechterlong is on- derverdeeld in drie kwabben (boven-, midden- en onderkwab). De linkerlong bestaat uit twee kwabben (boven- en onderkwab).

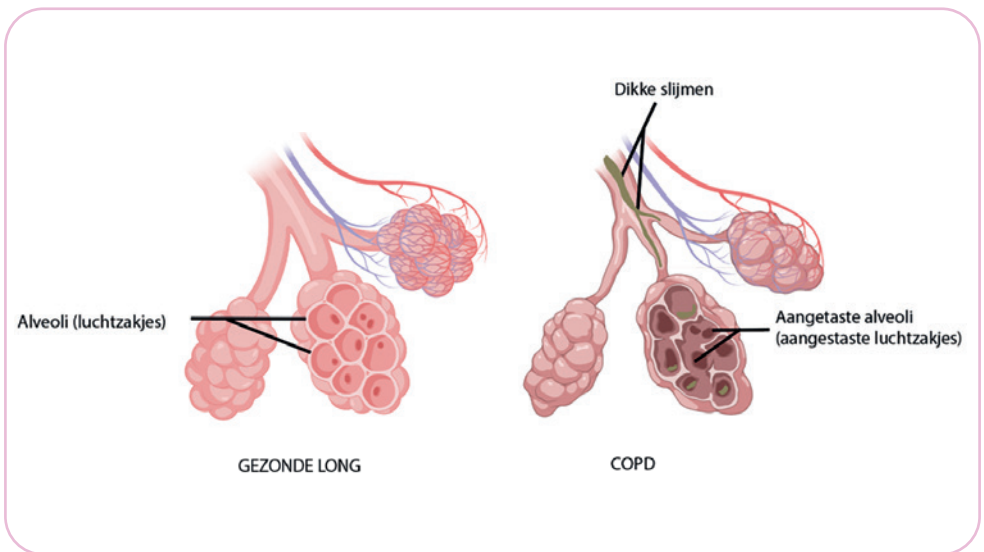
De longen hebben verschillende luchtwegvertakkingen (bronchi), die u kunt vergelijken met de vertakkingen van een boom. Elke vertakking wordt kleiner en kleiner, waardoor er steeds meer vertakkingen ontstaan.



De kleinste vertakkingen eindigen in kleine longblaasjes (alveoli). In deze longblaasjes vindt de gasuitwisseling plaats.

Bij **chronisch obstructief longlijden (COPD)** is er enerzijds ⁽¹⁾ een belangrijke vernauwing van de kleine luchtwegen en anderzijds ⁽²⁾ een aantasting van de longblaasjes die hierdoor stukgaan. Dat laatste noemen we **longemfyseem**.

De longblaasjes die naast elkaar liggen, geraken zo met elkaar verbonden. Als gevolg ontstaan er grotere holtes gevuld met lucht, die niet meer kunnen meewerken aan de gasuitwisseling en op die manier de goede werking van de long verstoren.



In de longkwabben ontstaan er grote kamers met lucht, die niet meer kunnen leeggemaakt worden bij het uitademen. Die kamers nemen een belangrijke plaats in de borstkas in en duwen het middenrif naar beneden. Dat noemen we 'hyperinflatie' en maakt dat het middenrif, de belangrijkste ademhalingsspier, niet meer naar behoren kan werken. Ook het betere functionele deel van de long kan zich niet op een goede manier ontwikkelen. Dat leidt tot moeite bij het inademen en tot ernstige **kortademigheid**, vooral bij inspanning maar soms ook in rust.

U bent niet alleen met deze aandoening. In België komt COPD voor bij ongeveer 800.000 mensen, van wie de helft te maken krijgt met longemfyseem. De belangrijkste oorzaak van COPD is roken, maar ook omgevingsfactoren en bepaalde genetische aandoeningen kunnen een rol spelen.

COPD kan optreden in vier stadia, naargelang de kracht van uw ademhaling:

- GOLD 1 - lichte COPD
- GOLD 2 - matige COPD
- GOLD 3 - ernstige COPD
- GOLD 4 - zeer ernstige COPD

De meest voorkomende klachten zijn benauwdheid, hoesten, kortademigheid en vermoeidheid. Die klachten hebben een ernstige impact op de levenskwaliteit, bijvoorbeeld op vlak van persoonlijke verzorging (douchen, tanden poetsen, aankleden) en huishoudelijke taken (poetsen, koken). Lichamelijke inspanningen zoals trappen oplopen, worden zwaarder tot onmogelijk. Die klachten nemen geleidelijk toe. Zware inspanningen, en na verloop van tijd ook alledaagse activiteiten, vragen steeds meer moeite.

WAT ZIJN DE BEHANDELOPTIES?

Bij ernstig longemfyseem is de huidige medicatie vaak onvoldoende om de symptomen onder controle te houden en verdere achteruitgang te voorkomen. Bij deze patiënten is het zinvol om te kijken of zij in aanmerking komen voor een bijkomende behandeling zoals een [longtransplantatie](#) of [longvolumereductie](#). Die laatste ingreep kan uitgevoerd worden via een chirurgische ingreep (LVRS) of door klepjes in de luchtwegen te plaatsen via een bronchoscopie. Na verwijzing door uw longarts zal een [multidisciplinair team](#) op basis van uw specifieke testen en ziektebeeld beslissen of een van deze behandelopties mogelijk is.

U wordt verwezen voor een [chirurgische longvolumereductie](#).

WAT IS LONGVOLUMEREDUCTIECHIRURGIE (LVRS)?

Tijdens deze ingreep worden de beschadigde en extreem opgeblazen delen van de long weggenomen, waardoor meer ruimte in de borstkas wordt gecreëerd. Zo kunnen de overblijvende, gezondere delen van de long beter ontplooien en functioneren.

Longvolumereductiechirurgie kan uitgevoerd worden aan één of aan beide longen. Uw middenrif krijgt daardoor meer plaats om naar behoren te functioneren. De chirurg beslist aan de hand van onderzoeken hoeveel longweefsel er best verwijderd wordt.

WIE KOMT IN AANMERKING?

Niet elke patiënt met COPD komt in aanmerking voor LVRS. In UZ Leuven wordt deze ingreep jaarlijks bij een vijftigtal patiënten uitgevoerd. Daarvoor wordt het individuele dossier van de COPD-patiënt, als er vraag is naar aanvullende therapeutische opties, steeds besproken op het [multidisciplinair emfyseemoverleg](#). Hier zijn onder andere longartsen, transplantartsen, longchirurgen en een radioloog aanwezig. Tijdens dit overleg worden de resultaten van de uitgevoerde onderzoeken, de huidige klinische situatie en de levensstijl van de patiënt besproken. Op basis van alle bevindingen wordt er beslist of u in aanmerking komt voor LVRS.

Patiënten die aan de **volgende criteria** voldoen, komen mogelijk in **aanmerking**:

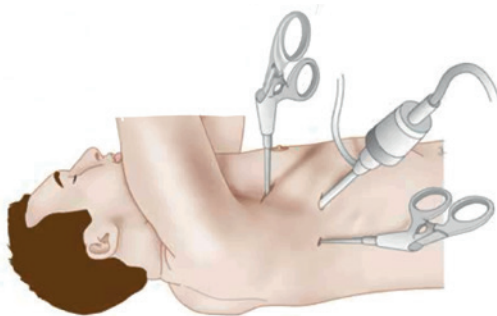
- ✓ Patiënten met ernstig longemfyseem, op basis van diagnostische onderzoeken en een belangrijke impact op kwaliteit van leven met voldoende algemene reserve
- ✓ Patiënten die ernstige symptomen blijven ondervinden ondanks het trouw volgen van hun therapie
- ✓ Patiënten die minimaal 6 maanden gestopt zijn met roken
- ✓ Patiënten met de mogelijkheid om deel te nemen aan een revalidatieprogramma voor én na de ingreep
- ✓ Patiënten zonder andere ernstige aandoeningen (bv. hartfalen, ernstige pulmonale hypertensie)

Het is aan ons als zorgverleners om u voldoende te informeren over de verwachte voordelen en mogelijke risico's die verbonden zijn aan de ingreep. Enkel zo kunt u een weloverwogen beslissing nemen.

WAT GEBEURT ER TIJDENS LONGVOLUME-REDUCTIECHIRURGIE?

De ingreep gebeurt **minimaal invasief**, dat wil zeggen via een **kijk-operatie**. Aan de operatiezijde worden er gemiddeld drie kleine insneden van 1 à 2 cm gemaakt tussen de ribben, waarlangs een camera en chirurgische instrumenten in uw lichaam worden gebracht. De beelden van de videocamera worden getoond op

schermen in de operatie-zaal, zodat de chirurg de long en andere structuren in de borstkas van dichtbij kan bekijken. Het **slechte longweefsel** wordt verwijderd met behulp van een groot chirurgisch **nietjes-machine**.



Voorbeeld van de toegang tijdens de operatie via drie poorten.

Afhankelijk van het patroon van de longschade, de beslissing van de chirurg en het verloop van de operatie wordt u aan één zijde of aan beide zijden geopereerd. In eerste instantie start de chirurg aan de zijde waar het meeste longweefsel moet weggenomen worden. Als u in aanmerking komt om aan beide zijden geopereerd te worden, wordt er tijdens de ingreep beslist of het voor u veilig is om ook de tweede kant te opereren.

Uw gezondheid en veiligheid primeert tijdens de ingreep. Als het niet mogelijk is om tijdens dezelfde ingreep beide zijden te opereren, kan een latere ingreep aan de andere zijde overwogen worden. Dat gebeurt steeds in overleg met de patiënt. De tweede ingreep vindt ongeveer zes weken tot drie maanden later plaats, soms zelfs na één jaar. Het is ook mogelijk dat er omwille van uw gezondheidstoestand toch beslist wordt om de andere zijde niet meteen in te plannen.

Op het einde van de operatie worden er **aan elke zijde één of twee buisjes** van 1 cm breed (thoraxdrains) ingebracht om overtollig vocht en lucht naar buiten te leiden. Zo komt het resterende longweefsel tegen de borstkaswand te liggen. Deze thoraxdrains worden enkele dagen na de ingreep verwijderd tijdens uw verblijf in het ziekenhuis.

WELKE VOORDELEN KUNT U VERWACHTEN VAN DE INGREEP?

U zal niet meteen een effect merken van de LVRS. Uw lichaam heeft zich gedurende jaren aangepast aan de ziekte. Daarom is er een intensieve revalidatie nodig om uw conditie en kracht opnieuw op te bouwen. Zo kunt u opnieuw op een correcte manier leren ademen en maximaal resultaat bekomen.

De voordelen van LVRS op langere termijn:

- **Verbeterde longfunctie:** u kunt makkelijker diep ademhalen, hebt minder snel een benauwd gevoel en wordt minder snel kortademig.
- **Meer inspanningsvermogen:** u kunt bijvoorbeeld langere afstanden wandelen en aan een hogere snelheid wandelen.
- **Betere levenskwaliteit:** u hebt meer energie voor dagelijkse en sociale activiteiten.

WELKE MOGELIJKE RISICO'S ZIJN AAN DEZE INGREEP VERBONDEN?

Het wegnemen van delen van de long bij mensen met een slechte longfunctie en minder goed longweefsel, is een **risicovolle ingreep**. LVRS is dan ook enkel een optie voor patiënten bij wie het voordeel op langere termijn groter ingeschat wordt dan het risico verbonden aan de ingreep. Bij 80 procent van de patiënten bij wie we LVRS toepassen, verwachten we een functionele verbetering vanaf drie maanden na de revalidatie. Bij de overige groep patiënten kan dit vertraagd worden door een langdurig luchttek, infecties na de ingreep of een andere complicatie.

ONDERZOEKEN VOOR DE OPERATIE

Voor de longvolumereductiechirurgie zullen de volgende onderzoeken gebeuren.

- **Bloed- en urinetesten** om verschillende waarden in het bloed en de urine te bepalen.
- **Arteriële punctie**: een bloedafname via de slagader in de pols om de hoeveelheid zuurstof en koolzuur in het bloed te bepalen.
- **Vragenlijsten** op basis waarvan wij extra informatie kunnen verzamelen over de impact van uw ziekte op uw dagelijks leven. Zo krijgen we een beter inzicht in uw ziektebeleving.
- **CT thorax** waarbij we via röntgenstralen beelden maken van uw longen. Een CT-scan toont meer details dan klassieke radiografiebeelden.
- **Longperfusie-ventilatiescan** waarbij we via een ingeademd gas en een ingespoten tracer een zicht krijgen op de doorbloeding en de luchtstroom in de longen.
- **Echocardiografie**: een echografie van het hart waarbij we met geluidsgolven de werking van het hart en de invloed van COPD op het hart in beeld brengen.
- **Longfunctiemeting**: de longinhoud, luchtvolumes in de longen en gasuitwisseling worden gemeten.
- **6-minuten-wandeltest** waarin u gedurende 6 minuten een zo groot mogelijk afstand probeert te wandelen. Hiermee testen we uw inspanningscapaciteit.

- **Preoperatieve raadpleging bij de anesthesist**, omdat de ingreep gebeurt onder algemene verdoving (anesthesie). Een ECG (filmpje van uw hart) en bloedafname behoren tot de onderzoeken. Tijdens deze raadpleging wordt met u besproken welke medicatie u niet meer mag nemen met het oog op de ingreep. U krijgt ook meer info over het gebruik van een pijnpomp.

Deelnemen aan een studie

U kunt als patiënt deelnemen aan verschillende studies. Daarover krijgt u meer informatie van het behandelende team.

VERBETERD HERSTEL

ENHANCED RECOVERY PROGRAM (ERP)

Het doel van dit [herstelprogramma](#) is om uw herstel na de operatie te verbeteren en u in staat te stellen zo snel mogelijk uw normale activiteiten te hervatten. Een actieve deelname van uzelf en uw naaste omgeving speelt een belangrijke rol in uw herstel.

De chirurg en de anesthesist voeren de ingreep uit, een team van verpleegkundigen, kinesitherapeuten, een diëtist en andere zorgverleners zullen u begeleiden en ondersteunen.

Daarnaast kunt u **zelf een actieve rol hebben in uw herstel**. Zo kunt u ademhalingsoefeningen doen, voldoende bewegen en zelf aangeven wanneer u pijn of andere ongemakken ervaart. Uw herstel vraagt dus een actieve inbreng van uzelf en uw omgeving.

Wat zijn de belangrijkste aandachtspunten voor een verbeterd herstel na de ingreep?

- ✓ De **algemene verdoving** wordt zo kort mogelijk gehouden, zodat u slechts kort in de ontwaakruimte verblijft en **snel weer naar de hospitalisatieafdeling** kunt.
- ✓ **Vermijd hoesten en persen** tijdens de eerste 48 uur na ingreep.
- ✓ De **revalidatie start meteen**. Op de **dag van de operatie** doet u ademhalingsoefeningen, zit u rechtop op de rand van het bed en staat u eventueel al recht samen met de kinesitherapeut.
- ✓ Snel uit bed komen, **verkleint** de kans op **typische complicaties** zoals een longontsteking of kleine bloedklonters in de benen.
- ✓ Alle **leidingen** (zoals drains) worden **zo snel** mogelijk verwijderd.
- ✓ Een **antibioticatherapie** van **vijf dagen** helpt om infecties te voorkomen.
- ✓ U zult **snel naar huis** kunnen gaan. Wij geloven er sterk in dat uw herstel vlotter verloopt in het comfort van uw eigen thuisomgeving, op voorwaarde dat u geen verdere medische zorgen nodig hebt.

VOORBEREIDING OP DE OPERATIE (PREHABILITATIE)

KINESITHERAPIE

Kinesithérapie is een belangrijk onderdeel in uw traject, dat al start vóór de operatie. Tijdens een **eerste contactmoment** met een gespecialiseerde kinesitherapeut in UZ Leuven, wordt dieper ingegaan op uw fysiek functioneren en ademhalingsklachten. Op basis van dit gesprek kan aanvullende therapie gestart worden. De kinesitherapeut geeft u meer uitleg over **ademhalingsoefeningen** en stelt samen met u een revalidatieplan op. U zult oefeningen aangeleerd krijgen die uw kracht en conditie zullen versterken voor de operatie (prehabilitatie). Hoe meer u oefent, hoe beter uw herstel na de operatie zal zijn.

Het is belangrijk dat u zich van bij de start **actief inzet** voor uw revalidatie en kinesithérapie. Dit onderdeel van uw traject bepaalt voor de helft hoe groot uw **gezondheidswinst** is na de operatie. Dat hebt u dus zelf in handen.

Een **tweede contactmoment** via telefoon plannen we een aantal weken voor uw operatie. De kinesitherapeut zal tijdens dit gesprek ook het verloop van de kinesithérapie en revalidatie na de operatie toelichten en helpen organiseren samen met u.

Prehabilitatie: wat kan u zelf doen vóór uw operatie?

- ✓ Doe dagelijks uw ademhalingsoefeningen.
- ✓ Doe dagelijks de voorgestelde krachtoefeningen.
- ✓ Ga op zoek naar een kinesitherapeut waar u de eerste maand na uw operatie terecht kunt en maak al een afspraak bij de revalidatiearts in het centrum van uw keuze voor de verdere revalidatie.

Op de UZ Leuven-website vindt u filmpjes waarin de ademhalings- en krachtoefeningen stap voor stap worden uitgelegd en gedemonstreerd.

Scan de code om de video's te bekijken.



VOEDING

Longemfyseem heeft ook een grote invloed op het lichaamsgewicht. Patiënten zijn vaak zeer mager (cachectisch). **Voeding** speelt dus, net als beweging, een **belangrijke rol** in de voorbereiding op LVRS. Om een goede conditie op te bouwen, is het ook belangrijk dat u een gezond voedingspatroon heeft.

Gezond lichaamsgewicht

Zowel voor als na de ingreep is een gezond gewicht belangrijk. Mensen met **overgewicht** lopen meer gezondheidsrisico's dan mensen met een gezond gewicht en ondervinden meer hinder bij dagelijkse activiteiten. Een **te laag lichaamsgewicht** of ondervoeding kan leiden tot een veranderende lichaamssamenstelling, met als gevolg dat het

fysiek en mentaal functioneren achteruitgaat en u minder goed herstelt. Als u te weinig energie en eiwitten opneemt, gaat uw lichaam een beroep doen op uw reserves. Vooral de afbraak van spierweefsel is in uw nadeel. Bovendien kunt u door te weinig of eenzijdige voeding tekorten ontwikkelen (bv. vitaminen en mineralen).

Aangepaste voeding

Een aangepaste of adequate voeding is een gevarieerde voeding die u voldoende energie en voedingsstoffen levert om een goede voedingstoestand te behouden en die toereikend is voor uw dagelijks functioneren. Hoe zo'n gevarieerd voedingspatroon er precies uitziet, verschilt van persoon tot persoon. Iemand met ondergewicht of ondervoeding heeft meer kilocalorieën of voedingsstoffen nodig, terwijl iemand met overgewicht minder kilocalorieën nodig heeft, maar nog steeds voldoende voedingsstoffen zoals eiwitten, vitaminen en mineralen moet opnemen.

Eiwitten

De combinatie van bewegen en een voldoende inname van eiwitten is belangrijk voor de spieropbouw. Het is belangrijk om deze twee dingen te combineren: enkel een verhoogde eiwitinname of enkel training heeft niet hetzelfde effect op de spieropbouw.

De dagelijkse eiwitbehoefte voor de operatie is 1,5 g eiwitten/kg lichaamsgewicht. Na fysieke activiteit wordt aanbevolen om 20-30 g eiwitten te nemen.

Eiwitten komen voor in zowel plantaardige als dierlijke voedingsmiddelen. Dierlijke eiwitbronnen zijn vlees, vis, eieren, melk en melkproducten. Plantaardige eiwitbronnen zijn peulvruchten, sojaproducten, noten en graanproducten zoals brood, deegwaren en rijst. Een kleinere hoeveelheid eiwitten zit in aardappelen en groenten.

Naast de hoeveelheid is ook de kwaliteit van de eiwitten belangrijk. Eiwitten van dierlijke oorsprong hebben een hoge biologische waarde. Dat wil zeggen dat die alle essentiële bouwstenen (aminozuren) bevatten in voldoende hoeveelheden en in een goede verhouding. Eiwitten uit plantaardige bronnen hebben een langere biologische waarde. Deze eiwitten zijn minder vlot verteerbaar. Niet alle essentiële aminozuren zijn aanwezig of voldoende aanwezig om lichaamseigen eiwit mee op te bouwen.

Dierlijke eiwitbronnen	Gebruikelijke portie	Eiwitgehalte (g) per portie
Vlees/gevogelte	100 g	Gemiddeld 20 g (varieert naargelang de soort)
Vis	100 g	Gemiddeld 18 g (varieert naargelang de soort)
Ei	50 g	6,5 g
Potje plattekaas	100 g	7,5 g
Glas melk	150 ml	5 g
Potje yoghurt	125 g	5 g
Sneetje kaas (type gouda)	20 g	5 g

Voor individueel advies over een goede eiwitinname kunt u een beroep doen op een diëtist in uw omgeving of een diëtist in UZ Leuven (verbonden aan de afdeling).

Scan de code om een diëtist in uw omgeving te vinden.



Plant aardige eiwitbronnen	Gebruikelijke portie	Eiwitgehalte (g) per portie
Tofu	100 g	13,5 g
Linzen	100 g gekookt	9,7 g
Kikkererwten	100 g gekookt	7,7 g
Bonen	100 g gekookt	7,7 g
Handvol notenmengeling	20 g	3,6 g
Glas sojadrink	150 ml	4,5 g
Glas amandeldrink	150 ml	0,6 g
Glas haverdrink	150 ml	0,5 g
Hummus	25 g	1,6 g
Havervlokken	40 g	5,4 g
Sneetje volkorenbrood	35 g	4 g
Deegwaren	150 g gekookt	8 g
Quinoa	150 g gekookt	7,8 g
Rijst	150 g gekookt	4,3 g
Aardappelen	150 g gekookt	3 g
Groenten	200 g	2,4 g
Stuk fruit	125 g	0,9 g



Eiwitbronnen met een lage biologische waarde



Eiwitbronnen met een hoge biologische waarde

Bron: www.nice-info.be

UW VERBLIJF IN HET ZIEKENHUIS

Gemiddeld verblijven patiënten voor LVRS **één week** in het ziekenhuis. Afhankelijk van uw herstel kan dit korter of langer zijn. Het multidisciplinair team van chirurgen, verpleegkundigen, anesthesisten, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en diëtisten volgt u op.

DAG VOOR DE INGREEP

U wordt de dag voor de ingreep **opgenomen** op de hospitalisatieafdeling. De verpleegkundige zal u begeleiden naar uw kamer en de nodige informatie geven. Vooraf wordt gecontroleerd of alle nodige **onderzoeken** zijn gebeurd. Eventueel worden er bijkomend nog een aantal onderzoeken gepland op de dag voor de ingreep, zoals een foto van de longen of een elektrocardiogram. Er zal ook een bloedafname gebeuren. De avond voor de ingreep komt de chirurg of de assistent-chirurg u uitleg geven over de operatie en markeert die de zijde(n) die geopereerd moet(en) worden. Vanaf middernacht blijft u **nuchter**, dat wil zeggen dat u vanaf dan niets meer mag eten of drinken.

Bent u zenuwachtig of kunt u niet slapen? Meld dit dan aan de verpleegkundige. In samenspraak met de arts kunt u eventueel een rustgevend geneesmiddel krijgen.

DAG VAN DE INGREEP

Ongeveer een uur voor de start van de operatie wordt u naar de voorbereidende ruimte van de operatiezaal gebracht. Het precieze

tijdstip hangt af van het operatieprogramma, meestal vindt de ingreep plaats in de voormiddag. Het is belangrijk dat u **nuchter** bent. U gebruikt nog wel uw **inhalatietherapie** (puffers) op de ochtend van de ingreep. De anesthesist bepaalt ook vooraf of u de dag van de operatie nog andere medicatie moet innemen.

Nadien wordt u naar de operatiezaal gebracht, waar de **anesthesist** u onder narcose zal brengen. Onder plaatselijke verdoving, via een prik in de rug, plaatst de anesthesist ook de katheter van de pijnpomp (een epidurale katheter). Na de operatie wordt u wakker gemaakt in de operatiezaal en overgebracht naar de **ontwaakruimte** (postanesthesie-zorgafdeling of PAZA) waar u nog een aantal uren geobserveerd zal worden. Zo snel mogelijk na de operatie en met goedkeuring van de chirurg, kan er met kinesithérapie gestart worden. In de ontwaakruimte zal de **kinesitherapeut** voor de eerste keer langskomen om ademhalingsoefeningen te doen.

De kinesitherapeut leert u de techniek die we 'huffen' noemen, waarmee slijmen op een rustige manier omhoog kunnen komen zonder hoesten. Hoesten verhoogt de drukopbouw in de longen, waardoor u het risico loopt uw longen te beschadigen na de operatie.

Als u zich voldoende goed voelt, kunt u **rechttop zitten op de rand van het bed**. Eventueel kunt u al **rechtstaan** en enkele stappen ter plaatse zetten. **Bewegen is de beste manier om uw longen te activeren**. Als u voldoende wakker, alert en klinisch stabiel bent, gaat u opnieuw naar uw kamer op de hospitalisatieafdeling. Meestal is dit nog op de dag zelf.

U hebt na de ingreep verschillende buisjes (leidingen) in uw lichaam:

- Thoraxdrains (één of twee aan elke kant): dit zijn drains ter hoogte van de borstholte, die wondvocht en lucht naar buiten leiden waar het opgevangen wordt.
- Hartmonitoring
- Blaassonde
- Infuus in de arm of hand om medicatie en vocht te kunnen toedienen
- Neusbril om zuurstof te kunnen toedienen
- Pijnpomp via een katheter

VERDER VERBLIJF OP DE AFDELING

Opvolging na de ingreep

U wordt **dag en nacht** nauwkeurig opgevolgd door de verpleegkundigen op de afdeling. De artsen komen 's ochtends en 's avonds langs om te kijken of u goed herstelt van de operatie. Aarzel niet om vragen te stellen aan de zorgverleners. In de loop van de dag worden regelmatig uw parameters gecheckt (bv. zuurstofconcentratie in uw bloed, temperatuur, bloeddruk en hartslag). Ook alle buisjes en uw operatiewonden worden telkens gecontroleerd en verzorgd. Medicatie wordt op vaste tijdstippen toegediend.

Uw puffers en bepaalde thuismedicatie neemt u ook in. Een **antibioticabehandeling** van vijf dagen wordt standaard opgestart om mogelijke infecties te voorkomen. De eerste dag na de ingreep en op de dag dat de pijnpomp verwijderd wordt, wordt een bloedafname uitgevoerd. Eventueel gebeurt er een extra bloedafname indien u bijvoorbeeld plots koorts zou maken.



Aandachtspunt: druk op de longen vermijden

Het is erg belangrijk om de eerste dagen na de ingreep niet te veel extra druk op de longen te zetten of te persen. Dat wil zeggen: niet overdreven hevig hoesten, maar in plaats daarvan 'huffen' volgens de techniek die de kinesitherapeut u aanleert. Om makkelijker fluïmen op te brengen, zal u ook drie keer per dag **aerosol** toegediend krijgen. Daarbij wordt via een mondstuk medicatie vernevelt ter hoogte van de luchtpijp en de longen. Daarnaast krijgt u lichte laxeermiddelen om te voorkomen dat u moet persen op het toilet. Als u zich misselijk voelt, kan er ook medicatie toegediend worden om braken te voorkomen.

Pijncontrole: pijnpomp

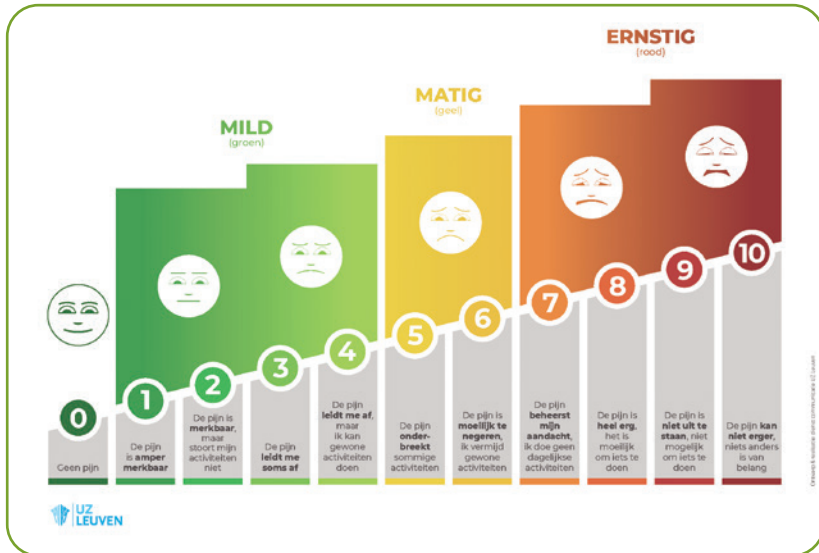
Uw pijnbestrijding is belangrijk. De eerste dagen na de operatie zal u een (epidurale) **pijnomp** hebben. Via een kleine leiding (katheter), die door een ruggenprik wordt geplaatst vlak voor de operatie, krijgt u een continue dosis van een langwerkend lokaal verdovingsmiddel. Op die manier wordt vooral het geopereerd lichaamsdeel verdoofd, zonder te veel algemene nevenwerkingen.



Bij de meeste patiënten wordt aan dit lokaal verdovingsmiddel ook een sterke, morfineachtige pijnstiller toegevoegd om het pijnstillend effect te versterken. Deze pomp geeft een continue dosis van de medicatie. Als u toch pijn voelt opkomen, kunt u zelf een extra dosis pijnstilling toedienen door op de knop te drukken.

Sommige mensen hebben last van **bijwerkingen** van de pijnpomp. Het kan dan gaan om misselijkheid, braken, jeuk en duizeligheid. Die klachten komen meestal door de toegevoegde pijnstiller, die eventueel ook uit de pomp verwijderd kan worden. In het geval er hoge dosissen pijnmedicatie worden gebruikt, kan dat de bloeddruk verlagen. Heel zelden hebben patiënten last van hallucinaties. Een team van **gespecialiseerde (pijn)verpleegkundigen** zal u opvolgen om deze **bijwerkingen** op te sporen en oplossingen te zoeken om de bijwerkingen af te zwakken en te neutraliseren. Het is de bedoeling dat u zo weinig mogelijk pijn hebt.

Het is belangrijk dat u kunt doorademen zonder pijn. Hebt u toch plots hevige pijn of blijvende pijnklachten, ondanks de toegediende pijnstilling? Laat dit dan zeker weten aan de verpleegkundige.



Als u pijn hebt, zult u veel moeilijker comfortabel kunnen diep inademen en bewegen. Dat kan ademhalingsproblemen of een longontsteking tot gevolg hebben, wat uw ziekenhuisverblijf aanzienlijk kan verlengen. Anders gezegd: minder pijn zorgt voor een betere beweging en ademhaling, daardoor voor minder complicaties en uiteindelijk voor een beter herstel. **Patiënten zonder pijn genezen sneller en beter.**

Pijncontrole: andere pijnmedicatie

U krijgt plaspillen (diuretica) om eventueel overtollig vocht in het lichaam af te drijven via de urine.

Op dag twee na de operatie (operatie aan één long) of dag drie na de operatie (operatie aan beide longen) wordt de pijnpomp verwijderd. Ter vervanging van de pijnpomp krijgt u andere pijnmedicatie.

De Wereldgezondheidsorganisatie klasseert pijnmedicatie in drie trappen. U krijgt steeds enkele dagen pijnmedicatie voor lichte pijn van de onderste trap voorgeschreven (paracetamol, NSAID's zoals Brufen®). Ook als u niet meteen pijn voelt, krijgt u deze medicatie. Als u met deze medicatie toch nog pijn ervaart, zullen er extra pijnstillers van de derde trap voorgeschreven worden (morfineachtige pijnstillers). De arts bepaalt welke medicatie het best geschikt is voor u op dat moment.

Meld steeds aan de verpleegkundigen of de arts wanneer u ondanks de medicatie toch nog pijn hebt. Wij proberen steeds de juiste pijnmedicatie te vinden, rekening houdend met het type pijnmedicatie, de dosering en het tijdschema.

Leidingen

Typisch voor longemfyseem, is dat het longweefsel van patiënten zwaar beschadigd is en van zeer slechte kwaliteit. Tijdens de ingreep wordt het longweefsel onvermijdelijk geraakt. Door de broosheid ervan bestaat er een risico dat er wonden ontstaan op de long, waardoor er bij elke ademhaling lucht ontsnapt in de borstkas ([luchtlek](#)). Om die reden worden er na de ingreep één of twee leidingen (thoraxdrains) geplaatst. Zodra de wonden op de long genezen zijn, zal ook het eventuele luchtlek verdwijnen.

De arts zal de [thoraxdrains](#) verwijderen zodra de hoeveelheid minder is dan 200 ml op 24 uur en er geen luchtlek meer aanwezig is.

Dat gebeurt gewoon op de kamer en is niet erg pijnlijk: er worden drie à vier prikjes gemaakt om de wonde te sluiten met nietjes. Zolang u thoraxdrains hebt, zal er dagelijks een longfoto genomen worden. De eerste dag(en) na de ingreep gebeurt dit aan bed. Wanneer u minder leidingen hebt en mobieler bent, worden de longfoto's genomen op de afdeling radiologie.

Leidingen zoals [de blaassonde](#), [de hartmonitoring](#) en [het infuus](#) kunnen doorgaans op de tweede dag na de operatie verwijderd worden.

Multidisciplinaire aanpak

Wanneer u opnieuw op de hospitalisatieafdeling bent, kunt u samen met de [kinesitherapeut](#) verder oefenen op het uit bed komen en stappen op de gang. Dat doet u minstens tweemaal per dag. Ook de [ergotherapeut](#) zal de eerste dagen na de ingreep langskomen om u te helpen opnieuw zelfstandiger te worden in dagelijkse activiteiten, zoals wassen en aankleden.



De kinesitherapeut en ergotherapeut kunnen u eventueel advies geven over het gebruik van [hulpmiddelen](#), zoals een rollator bij het wandelen. Indien nodig, brengen ze de aanvraag voor deze hulpmiddelen bij uw thuis in orde. Het is ook de bedoeling dat u doorheen de dag op [zelfstandige basis regelmatig](#) de oefeningen van de kinesitherapeut uitvoert. Voor u terug naar huis gaat, zult u ook oefenen om trappen te doen. Tijdens uw verblijf kunt u de aparte brochure voor kinesitherapie bij thoraxheeskunde vragen met toelichting van de verschillende oefeningen.

De [diëtist](#) zal evalueren of u dagelijks voldoende calorieën en voedingsstoffen binnenkrijgt. U krijgt allerlei tips, bijvoorbeeld over frequente, kleine maaltijden en energierijke voeding. Eventueel wordt er bijvoeding opgestart.

De [sociaal werker](#) komt langs om bepaalde praktische zaken te regelen voor uw ontslag. Na een LVRS volgt een revalidatieperiode die belangrijk is voor de verdere evolutie na de operatie. Om zo goed mogelijk te kunnen revalideren, is het belangrijk dat u goed omkaderd bent door familie.

Als u er alleen voor staat of wil herstellen in een revalidatiecentrum, kunt u dit laten weten aan de sociaal werker. Dan kunt u revalideren in het [Koninklijk Elisabeth Instituut \(KEI\)](#). Verder kan de sociaal werker u helpen bij administratieve of financiële vragen.

[Scan de code](#) om de website van het KEI te bezoeken.



Een ziekenhuisopname stemt vaak tot nadenken. Hebt u behoefte aan een rustig, vertrouwelijk gesprek? Dan kunt u een beroep doen op het luisterend oor van een [pastorale medewerker](#).

MOGELIJKE COMPLICATIES EN KLACHTEN

Elke operatie houdt bepaalde risico's in. Voor een LVRS zijn dat risico's die bij elk type longchirurgie kunnen voorkomen. De chirurg zal dit voor de ingreep met u bespreken.

- Een **aanhoudend luchtlek** waardoor de thoraxdrain(s) wat langer moet(en) blijven zitten en u langer in het ziekenhuis zal verblijven dan voorzien. In uitzonderlijke gevallen moet u hiervoor opnieuw geopereerd worden.
- **Subcutaan emfyseem**: het ontstaan van lucht in het onderhuidse weefsel, waardoor een zwelling ontstaat. Dat kan beangstigend zijn voor u, maar deze complicatie is niet gevaarlijk en verdwijnt meestal spontaan na een aantal dagen. Soms wordt er hiervoor een sponsje (VAC) geplaatst dat lucht kan afzuigen onder de huid.
- **Longontsteking (pneumonie)**. Om dit te voorkomen, zijn intensieve ademhalingskinesitherapie, een antibioticatherapie van vijf dagen, goede pijnstilling en het goed op-hoesten van fluïmen erg belangrijk.
- **(Na)bloeding** waarvoor mogelijk een nieuwe operatie nodig is.
- **Diep veneuze trombose**: een klontertje in de bloedvaten van de benen waarvoor u antistollingmedicatie zal krijgen.
- **Hartritmestoornissen**: deze zijn vaak tijdelijk en kunnen behandeld worden met medicatie.
- **Wondinfectie** waarvoor aangepaste wondzorg en eventueel antibiotica nodig is.

- **Langdurig pijnsyndroom.** Het is normaal dat u tijdens de eerste twee à drie weken na de operatie nood heeft aan pijnstilling. Het is echter mogelijk dat deze pijn blijft duren tot drie maanden na de operatie. Die pijn voelt aan als een kneuzing van de rib en heeft te maken met het de borstkas die een andere vorm aanneemt na de operatie. Het lokaal aanbrengen van Flexium® en Voltaren® Patch kan de pijn verlichten.

ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS

Wanneer de thoraxdrains verwijderd zijn en u voldoende hersteld bent, kunt u het ziekenhuis verlaten. De artsen en de verpleegkundigen brengen alles in orde voor uw ontslag.

Het is normaal dat u in het begin meer **kortademigheid** ervaart bij inspanningen en lagere zuurstofsaturatiemetingen hebt. Laat u hierdoor niet ontmoedigen: door regelmatig ademhalingsoefeningen uit te voeren en te mobiliseren, kunt u snel vooruitgang boeken. Bij ontslag zult u zelfstandig op de gang kunnen stappen, fietsen en trappen doen.

Soms gebruiken we **extra zuurstof** tijdens inspanningen om het uw lichaam makkelijker te maken om meer te bewegen. Indien nodig kan dit ook bij uw thuis voorzien worden. In overleg met uw kinesitherapeut kan de zuurstof in functie van uw herstel geleidelijk worden afgebouwd.

Bij ontslag ontvangt u **standaard de volgende formulieren**:

- Brief voor de huisarts en verwijzende longarts met een verslag van de ingreep en verloop van uw verblijf in het ziekenhuis
- Attest van opname op afdeling
- Voorschrift voor ademhalingskinesitherapie (60 beurten met E-pathologie)
- Voorschrift voor thuisverpleging (voor wondzorg, indien nodig)
- Voorschriften voor de apotheek
- Overzicht met de medicatie die u moet innemen
- Overzicht van de geplande afspraken om u verder op te volgen. U krijgt een afspraak voor een raadpleging bij uw behandelend chirurg, om het genezingsproces te controleren. Meestal vindt dit een viertal weken na uw ingreep plaats. Voor deze afspraak moet u een longfoto laten nemen op de afdeling radiologie, **een half uur voor de afspraak bij de arts**. Zo kan die de foto beoordelen tijdens de raadpleging.

Als u nog **bijkomende formulieren** nodig hebt (bijvoorbeeld voor de verzekering, het ziekenfonds, uw werkgever ...), vraag die dan tijdig aan de verpleegkundige of arts, zodat u die kunt ontvangen bij het ontslag. Aarzel niet om vragen te stellen als bij ontslag bepaalde zaken onduidelijk zijn voor u.

WEER THUIS

WONDVERZORGING

Bij ontslag zal de verpleegkundige uw wonden verzorgen met verbanden waarmee u thuis kunt douchen. Neem geen bad gedurende de eerste vier weken om te voorkomen dat de wonde week wordt. Vermijd gedurende de eerste vier weken ook het tillen van zware voorwerpen (bv. flessen water, boodschappen) en sporten waarbij u het bovenlichaam gebruikt (bv. tennis, roeien ...).

De wonden werden gehecht met nietjes, die 14 dagen na de ingreep verwijderd moeten worden. De nietjes waarmee het wondje van de thoraxdrain werd gesloten, kunnen bij de huisarts verwijderd worden vanaf 14 dagen nadat de laatste thoraxdrain verwijderd werd. Dit wordt vermeld in de ontslagbrief voor de huisarts.

Uitzonderlijk is het mogelijk dat één of meerdere wonden niet helen of ontsteken. U neemt het best contact op met uw huisarts wanneer een of meerdere van de onderstaande symptomen optreden:

- Rode, warme en gezwollen huid rond de wonde
- Toenemende wondpijn
- Etterende wonde
- Koorts

PIJNSTILLING

Ook thuis zult u nog een tijdje regelmatig pijnstillers moeten nemen, afhankelijk van de pijn. Het is belangrijk dat u zonder pijn kunt doorademen. U krijgt een medicatieschema mee wanneer u het ziekenhuis mag verlaten. Bij hevige pijn die niet vermindert door een pijnstillers, neemt u het best contact op met uw huisarts. Die krijgt een uitgebreid medisch verslag over uw verblijf in het ziekenhuis, kan uw situatie perfect inschatten en zo nodig contact opnemen met het ziekenhuis.

KINESITHERAPIE EN REVALIDATIE

Bij ontslag kan er meteen met kinesitherapie aan huis of in een praktijk worden gestart. U volgt twee à drie kinesessies per week tot aan de eerste controleafspraak bij de chirurg. Daarna start u met ambulante respiratoire revalidatie, bij voorkeur in uw verwijzend centrum (bij uw behandelend longarts).

Op www.mijnlongreva.be vindt u terug in welke centra u terecht kunt voor respiratoire revalidatie en op welke manier u het centrum kunt bereiken. Plan de afspraak bij de revalidatiearts tijdig in zoals u voor de ingreep al met de kinesitherapeut hebt besproken. Gemiddeld duurt de revalidatie drie tot zes maanden.

Thuis regelmatig kort bewegen en oefenen, bevordert een snelle vooruitgang en een vlotte revalidatie.

Scan de code om de webpagina over longrevalidatie te bezoeken.



WAT BIJ PROBLEMEN THUIS?

Als er een **ernstig acuut probleem** optreedt, zoals hevige pijnklachten (ondanks pijnstillers), ernstige kortademigheid, bloed- of vochtverlies via de wonde ... neemt u het best contact op met het ziekenhuis.

Voor andere problemen kunt u in eerste instantie terecht bij uw huisarts, die u eventueel opnieuw naar de chirurg kan doorverwijzen. Kunt u uw huisarts niet bereiken? Dan kunt u de spoedgevaldienst van UZ Leuven contacteren en vragen naar een arts van wacht: tel. (+32) (0)16 34 39 00.

OPVOLGING

Meteen na ontslag uit het ziekenhuis mag u starten bij uw kinesitherapeut met ademhalingsoefeningen, mobilisatie van de schouders en borstkas en intervaltrainingen tot aan de volgende **raadpleging**.

Een **viertal weken** na uw ingreep komt u weer naar het ziekenhuis voor een raadpleging bij uw behandelend chirurg. De dag van de raadpleging wordt er een **longfoto** genomen op beeldvorming 1 (Oranje straat, poort 3, niveau 0). Tijdens deze raadpleging bespreekt de chirurg hoe het de afgelopen periode met u gegaan is en doet hij een klinisch onderzoek. Natuurlijk kunt u tijdens deze afspraak ook vragen stellen. Als deze raadpleging **positief** is, kunt u starten met uw **geplande revalidatietraject** waarvoor u telkens naar het ziekenhuis komt. Dit traject loopt tot zes maanden na de ingreep.

Na **drie maanden** komt u opnieuw op raadpleging bij uw chirurg en wordt er een reeks bijkomende onderzoeken gepland om het effect van uw behandeling te kunnen inschatten (longfunctiemeting, wandeltest, CT-scan ...). Als er geen bijzondere resultaten zijn, zal uw dossier na deze raadpleging overgedragen worden naar de **longartsen van UZ Leuven**. U zult bij hen op controle gaan na zes maanden, één jaar, twee jaar en drie jaar na de ingreep. Deze controleafspraken bestaan telkens uit een aantal onderzoeken (longfunctiemeting, wandeltest) en een raadpleging waar de longarts de resultaten met u bespreekt.

Opvolging **in de tussentijd** en op **lange termijn** gebeurt via uw eigen longarts en huisarts.

OVERZICHT BEHANDELTRAJECT



1. Verwijzing

U wordt doorverwezen door uw eigen longarts of een andere behandelende arts. Op deze eerste raadpleging leggen we u de verschillende behandelopties uit en kijken we of u op basis van klinisch onderzoek en reeds gebeurde onderzoeken in aanmerking komt voor longvolumereductie. Eventueel vragen we extra onderzoeken aan die in UZ Leuven kunnen gebeuren.



3. Multidisciplinair overleg

Op dit overleg zijn er longartsen, chirurgen, radiologen en de coördinator aanwezig. We bespreken of u aan de hand van de onderzoeken in aanmerking komt voor longvolumereductie (klepjes of chirurgie).



5. Voorbereiding op de ingreep

Het is zeer belangrijk dat u zich voorbereidt op de operatie. De kinesitherapeut van het team zal u hierin begeleiden voordat de ingreep plaatsvindt.



2. Onderzoeken en diagnose

U krijgt verschillende onderzoeken. Veel van deze onderzoeken heeft u mogelijk al eens gehad. Toch is het belangrijk om deze te herhalen om uw ziekte en de mogelijke behandeling zo correct mogelijk te kunnen plannen.



4. Raadpleging

U komt in aanmerking voor LVRS. Op de raadpleging zullen we de operatie in detail overlopen en u informeren over waarom u een geschikte kandidaat bent voor de ingreep. We bespreken met u de verwachte voordelen en mogelijke risico's. U gaat ook langs bij de anesthesist. U wordt doorverwezen naar een cardioloog als u daar nog niet op raadpleging bent geweest.



1. Hospitalisatie

U wordt opgenomen de dag voor de operatie. Verschillende zaken zullen met u overlopen worden. Indien u nog vragen heeft, stel ze gerust.



3. Ontslag

Na gemiddeld een week kunt u weer naar huis. U start thuis meteen met kinesithérapie. Sommige patiënten gaan gedurende een korte periode revalideren in de KEI, dit wordt samen met de sociaal werker besproken.



1. Controleafspraak chirurg

U komt na ongeveer een maand weer op controle bij uw behandelend chirurg. U laat op voorhand een longfoto maken. U krijgt groen licht als u verder en intensiever mag revalideren. Vanaf nu start u in het revalidatiecentrum.



2. Operatie

U wordt naar het operatiekwartier gebracht. Na de operatie gaat u naar de ontwaakruimte. Hier zal de kinesitherapeut al langskomen: op dit moment start de revalidatie.



4. Kinesithérapie

U blijft revalideren met de kinesitherapeut bij u thuis, bij de kinesitherapeut in uw omgeving of in het KEI tot u opnieuw naar de raadpleging komt.



2. Revalidatiecentrum

Gedurende minimaal drie maanden zal u revalideren in een erkend revalidatiecentrum. Dit twee à drie keer per week. Elke dag moet u in beweging zijn. Op de dagen dat u niet gaat revalideren, moet u dus ook uw oefeningen doen en wandelen.





3. Controleafspraak chirurg

Drie maanden na de ingreep doen wij voor de eerste keer functionele testen in UZ Leuven. U zal opnieuw blaastesten, een wandeltest van zes minuten en een scanner van de longen krijgen. Als de resultaten positief zijn, zal u niet verder opgevolgd worden door de chirurg. De longartsen in UZ Leuven volgen u nu op vaste tijdstippen op.



4. Controleafspraak longarts

Drie maanden na de ingreep gaat u ook naar de longarts in UZ Leuven voor controle. Dat doet u ook na zes maanden, één jaar en nadien jaarlijks. In tussentijd is het aangeraden uw eigen longarts regelmatig te bezoeken voor opvolging.

PRAKTISCHE INFORMATIE

- Uw familie kan rechtstreeks naar u bellen. De verpleegkundige zal u het telefoonnummer van de kamer bezorgen.
- Vergeet zeker niet de puffers die u thuis gebruikt, mee te brengen. U dient deze in te nemen de ochtend van uw operatie.
- Op hospitalisatie 12 (thoraxheelkunde) is het toegelaten om persoonlijke spullen zoals pyjama, pantoffels, toiletgerief ... mee te brengen. Breng ook uw thuismedicatie of een lijst van uw thuismedicatie mee, zodat tijdens uw verblijf de correcte medicatie voorgeschreven wordt.
- Bezoek is toegelaten op hospitalisatie 12 (thoraxheelkunde). Op www.uzleuven.be/bezoek vindt u steeds de meest recente richtlijnen in verband met bezoek.

Scan de code om deze webpagina te bezoeken.



BELANGRIJKSTE CONTACTGEGEVENS

Hebt u nog vragen of opmerkingen? Dan kunt u steeds terecht bij professor Laurens Ceulemans, projectcoördinator Hannelore Geysen, uw behandelende arts, de verpleegkundigen van de hospitalisatieafdeling of het secretariaat thoraxheelkunde.

Longchirurg

Prof. dr. Laurens Ceulemans
laurens.ceulemans@uzleuven.be

Projectcoördinator

Hannelore Geysen
+32 (0)16 34 47 01
hannelore.geysen@uzleuven.be

Sociaal werker

Jessica Servaes
+32 (0)16 34 86 20

Diëtist

Eveline Vanhalewyck
+32 (0)16 34 47 15

Pastor

Joke De Waele
+32 (0)16 34 13 42

Secretariaat thoraxheelkunde

+32 (0)16 34 34 25
secre.tho@uzleuven.be

Hospitalisatie 12

+32 (0)16 34 65 30

Secretariaat hospitalisatie 12

+32 (0)16 34 53 26

Raadpleging 9

+32 (0)16 34 48 51

Spoedgevallendienst

+32 (0)16 34 39 00

© december 2023 UZ Leuven

Overname van deze tekst en illustraties is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.

Ontwerp en realisatie

Deze brochure werd opgesteld in samenwerking met de dienst thoraxheelkunde en met de dienst communicatie.

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/701660.

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via communicatie@uzleuven.be.

Verantwoordelijke uitgever
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
tel. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 my nexuz health



Raadpleeg uw medisch dossier
via nexuzhealth.com
of download de app

