

Prolaps



1. Inleiding

10 tot 20% van de vrouwen ontwikkelen tijdens hun leven klachten van uro-genitale prolaps (= verzakking van de blaas, baarmoeder en/of darm). Ongeveer 11 % van alle vrouwen zal hiervoor uiteindelijk een operatie ondergaan.

Deze informatiebrochure werd ontworpen voor vrouwen die zulke operatie overwegen. In deze brochure wordt uitgelegd wat een verzakking is en wat de meest gebruikelijke behandelingen hiervoor zijn.

Naast chirurgische ingrepen worden ook een aantal alternatieve behandelingen kort vermeld. Welke behandeling uiteindelijk voor u het beste geschikt is zal uw arts met u bespreken.

2. Wat is een verzakking of prolaps?

In het bekken van de vrouw bevinden zich een aantal organen, namelijk de baarmoeder, vagina, blaas, plasbuis (urethra) en darm. Deze organen worden ondersteund en op hun plaats gehouden door spieren, pezen (ligamenten) en ander steunweefsel. Samen met het beenderig bekken vormen ze de bekkenbodem. Men spreekt van een verzakking of prolaps als de ondersteuning van deze bekkenorganen onvoldoende is, waardoor één of meerdere van die organen verzakken.

3. Welke types van prolaps zijn er?

De verzakking van de vaginawand kan optreden op drie plaatsen: de voorwand van de vagina (waarboven de blaas en plasbuis zit), de achterwand van de vagina (waarachter de endeldarm loopt) en ter hoogte van de top van de vagina (baarmoederhals of, indien de baarmoeder reeds verwijderd werd, de koepel van de vagina).

De verzakking wordt vaak genoemd naar het orgaan dat achter de uitstulping aanwezig is:

blaas = cystocele

endeldarm (rectum) = rectocele

dunne darm = enterocele

vaginakoepel = koepelprolaps of topprolaps

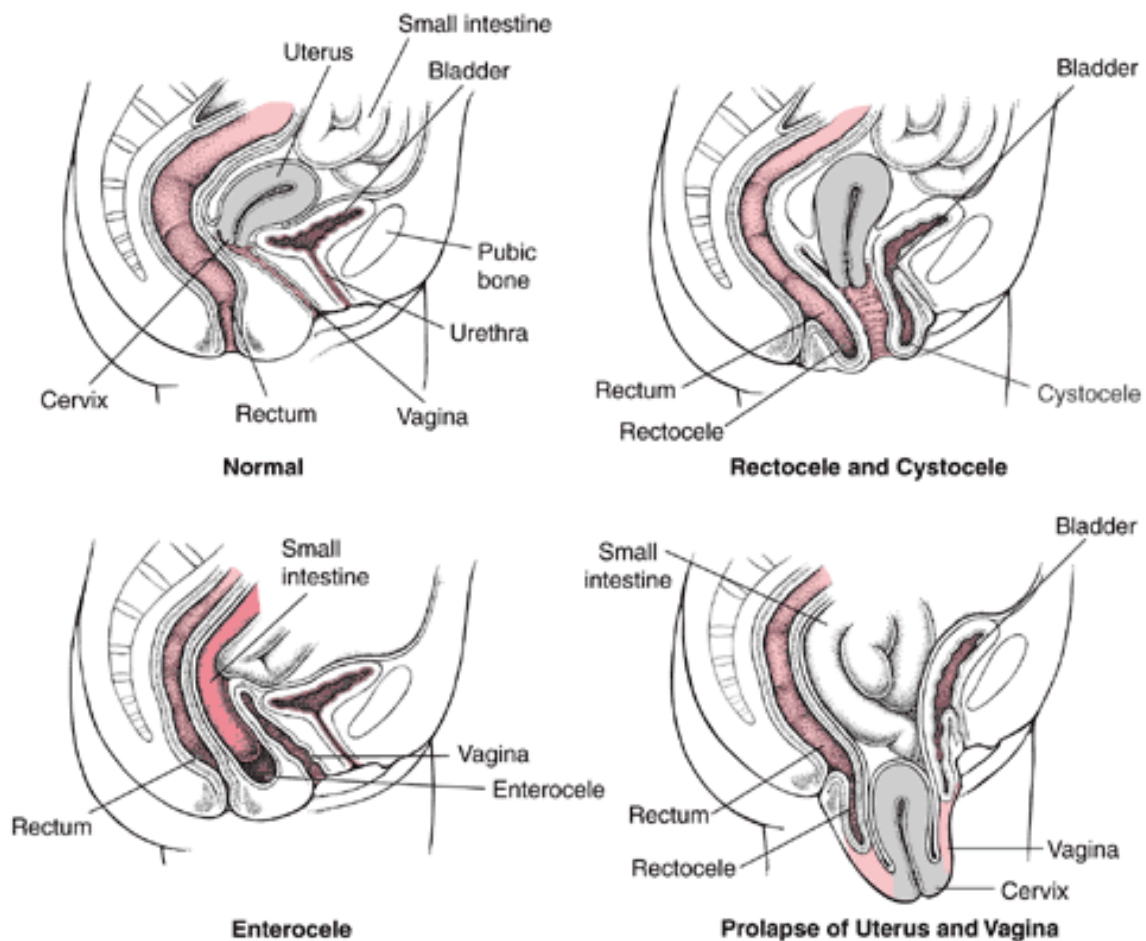
baarmoeder = descensus uteri of uterusprolaps

wanneer alles verzakt is = procidentia (elythrocele)

Combinaties van verschillende types van verzakking kunnen voorkomen:

- verzakking van de voorwand van de vagina
- verzakking van de blaas en/of urinebuis (urethra)
- verzakking van de achterwand van de vagina
- verzakking van de endeldarm (rectum) en/of dunne darm
- verzakking van de baarmoeder of van de vaginakoepel

In dit laatste geval is meestal de dundarm in de verzakking gelegen.



4. Wat zijn de oorzaken en de risicofactoren?

Een verzakking kan ontstaan als:

- er een verzwakking van de spieren of steunweefsels is opgetreden
- de ligamenten te sterk uitgerokken zijn
- het ondersteuningsapparaat afgescheurd is van de bekkenorganen

Zwangerschap en bevallingen zijn de grootste risicofactoren. Door een toename van de druk op de bekkenbodem (tijdens zwangerschap en zeker tijdens de bevalling) kan er een verzwakking of beschadiging van de steunweefsels optreden. De verzakking kan reeds tijdens de zwangerschap of kort erna optreden, maar vaker zal ze pas jaren na de bevalling ontstaan. Met de leeftijd zal de bekkenbodem immers nog verder verzwakken zodat de kans op verzakking verder toeneemt met de jaren. Lichamelijk zwaar werk (heffen), chronische constipatie, overgewicht, uitgesproken vermagering en veelvuldig hoesten (bv. ten gevolge van roken of longaandoening) kunnen de bekkenbodem overbelasten. Bij sommige vrouwen bestaat er een aangeboren zwakte van steunweefsels en bijgevolg ook een grotere kans op verzakking (Syndroom van Ehlers Danlos, Syndroom van Marfan, ...).

5. Wat zijn de klachten?

Bij de meerderheid van de vrouwen zal met de jaren één of andere vorm van verzakking optreden. Vaak zal deze verzakking geen opvallende klachten geven en dan is er uiteraard geen behandeling nodig. Bij patiënten die wel symptomen vertonen is een 'bolgevoel' of een vaginaal drukgevoel de meest voorkomende klacht (aanwezig bij meer dan 90% van de vrouwen met klachten). Klachten die minder frequent optreden (toch nog aanwezig bij één op drie met klachten) zijn: pijn of hinder tijdens geslachtsgemeenschap, moeilijk leegplassen, urineverlies, stoelgangproblemen en/of hinder tijdens lichamelijke activiteit. Minder voorkomende klachten zijn: pijn ter hoogte van het bekken of de onderrug, frequent plassen of een gevoel van sterke aandrang om te plassen.

6. Welke onderzoeken zijn nodig?

Meestal kan uw arts louter op basis van uw klachten en het lichamelijk onderzoek zich een goed beeld vormen over het type van verzakking. Bij onzekerheid over het type ervan (bv. wanneer het niet duidelijk is welke organen er achter de uitstulping schuil gaan) of over de juiste aanpak kan aanvullend onderzoek nodig zijn. Zo kan bijvoorbeeld een urodynamisch onderzoek aangevraagd worden. Dit onderzoek wordt gedaan om te zien hoe de blaas werkt. Bij dit onderzoek brengt de arts via de plasbuis een dun slangetje (katheter) in de blaas en vult deze met vocht. Terwijl u

hoest of uitplast krijgt de arts informatie over de blaasspier, de werking van de bekkenbodem en het soort urineverlies. Een defecogram is een onderzoek dat gedaan wordt bij ontlastingsproblemen. Via de anus wordt een contrastmiddel in het laatste deel van de dikke darm (rectum) gebracht. Soms wordt ook een contrastmiddel in de schede gebracht en/of krijgt u contrastvloeistof te drinken om de dundarm zichtbaar te maken. Terwijl u op een toilet ontlasting hebt, worden röntgenfoto's of een video-opname gemaakt. Zo ziet de arts hoe de dikke darm werkt en of deze verzakt is.

7. Waaruit bestaat de behandeling?

Een verzakking die geen ernstige klachten veroorzaakt dient in principe geen behandeling te krijgen. Wanneer er echter hinder ontstaat kan de patiënte om een behandeling vragen. Het is belangrijk te weten dat dergelijke behandeling meestal niet dringend is. Slechts in zeer zeldzame gevallen kan door de verzakking de blaas-, darm- en/of de nierfunctie in het gedrang komen. Enkel in dergelijk geval mag de behandeling niet uitgesteld worden.

Afhankelijk van de ernst van de klachten en de bevindingen van de arts, kan de behandeling bestaan uit kinesithérapie, een vaginale ring (pessarium) of een heelkundige ingreep.

Kinesithérapie

Deze behandeling is het meest doeltreffend bij patiënten met urineverlies tijdens inspanningen (stressincontinentie). Bij verzakking is deze behandeling minder doeltreffend. Toch kan een versterking van de bekkenbodemspieren bij een milde verzakking de klachten enigszins doen verminderen.

Een pessarium of vaginale ring

Een pessarium is een ring uit kunststof waarvan de grootte kan variëren en die in de schede wordt geplaatst om de organen die verzakt zijn terug op hun plaats te duwen. Een goed passende ring voelt u niet zitten en hoeft niet noodzakelijk geslachtsgemeenschap te belemmeren. Patiënten met een pessarium worden op regelmatige tijdstippen (3 tot 4 maanden) gezien door een arts om eventuele klachten (bloedverlies, afscheiding) ten gevolge van het pessarium op te lossen. Verzakkingen van de voorwand van de vagina zijn meestal makkelijker te behandelen met een ring dan een verzakking van de achterwand. Patiënten die reeds geopereerd werden voor een verzakking, of patiënten met een wijde opening van de vagina, zijn vaak moeilijker te behandelen met een vaginale ring omdat deze in dergelijk geval kan uitgestoten worden bij het persen.

Operatie

In sommige gevallen van verzakking zal een operatie de beste oplossing zijn. De soort verzakking, de ernst van de verzakking en de ernst van de klachten zullen mee de operatietechniek bepalen. Welke de beste operatietechniek is, is niet altijd eenduidig. Dit wordt door de arts met u besproken. De operaties kunnen ingedeeld worden in buikoperaties en vaginale operaties. Er zijn twee types buikoperaties: sommige kunnen via een laparoscopie (kijkoperatie) uitgevoerd worden, andere via laparotomie (open buikoperatie). Soms zal het verzwakte/beschadigde weefsel hersteld worden door middel van hechtingen. Bij andere operaties kan het gebruik van een netje (mesh) noodzakelijk zijn om de verzakking op te heffen. De arts kan ook beslissen om verschillende operaties terzelfdertijd uit te voeren. Bespreek met uw arts welke zijn/haar persoonlijke ervaring is met de voorgestelde procedure.

Hieronder vindt u een overzicht van de meest gebruikelijke operaties. Misschien kan de arts in uw situatie nog een ander type operatie aanraden. Dit zal dan uitvoerig besproken worden op de raadpleging.

Operatietechnieken

1. Voorwandplastiek ('blaasopnaaiing')

Deze operatie wordt uitgevoerd als de voorwand van de vagina verzakt is (blaas met of zonder urinebuis). Deze ingreep verloopt via de schede. Er wordt een insnede gemaakt in de voorwand van de vagina om het verzwakte steunweefsel onder de blaas terug te versterken en te hechten. Indien nodig kan het overtollige weefsel van de vagina worden verwijderd. Nadien wordt de vaginawand terug gesloten. Soms kan hierbij nog een netje (mesh) gebruikt worden ter versterking van het steunweefsel.

2. Achterwandplastiek ('darmopnaaiing')

Deze operatie wordt uitgevoerd om de achterwand van de schede weer op zijn plaats te brengen. Er wordt een insnede gemaakt in het midden van de vagina-achterwand. Het verzwakte steunweefsel van de darm wordt op de middellijn weer bij elkaar gebracht en gehecht. Ook hier kan het overtollige vaginaweefsel worden verwijderd alvorens de vagina weer wordt gesloten.

3. Schedetopherstel

- **Sacrocolpopexie:**

Bij sacrocolpopexie wordt de verzakking van de vaginaholte verholpen door een kunststofmatje aan te brengen die de vagina in de juiste, anatomische positie houdt. Deze behandelmethode kan ook na een hysterectomie worden uitgevoerd om verzakking van de plasbuis te voorkomen door de vagina op deze manier te

ondersteunen. Sacrocolpopexie wordt soms met open chirurgie uitgevoerd. In het onderste gedeelte van een buikwand wordt een incisie van 15 tot 30 cm gemaakt om bij de organen, zoals de baarmoeder, in de buikholte te kunnen komen.

Maar als uw arts sacrocolpopexie aanraadt, komt u wellicht in aanmerking voor een nieuwe behandelmethode, *da Vinci*[®] Sacrocolpopexie genaamd. Bij deze behandelmethode wordt gebruikgemaakt van het allernieuwste chirurgische systeem waarmee de uroloog via hele kleine incisies de klachten operatief kan verhelpen.

Voor de meeste vrouwen biedt *da Vinci*[®] Sacrocolpopexie talrijke potentiële voordelen in vergelijking met open chirurgie:

- Aanzienlijk minder pijn
- Minder bloedverlies en minder kans op transfusies
- Minder risico's op infecties
- Minder littekenvorming
- Een korter verblijf in het ziekenhuis
- Kortere herstelperiode
- Een snellere terugkeer naar het normale dagelijkse leven

Zoals bij alle operaties kunnen deze voordelen niet worden gegarandeerd, omdat de operatie zowel van de patiënt als van de procedure afhangt.

- **Sacrospineuze fixatie:**

Hierbij wordt langs vaginale weg een insnede gemaakt op de voor- en achterwand van de vagina. Het sacrospineus ligament (een 'pees' thv het beenderig bekken) wordt opgezocht en de vaginakoepel wordt hieraan vastgehecht.

4. Hysterectomie (verwijderen van de baarmoeder)

In sommige gevallen moet de baarmoeder verwijderd worden. Deze operatie kan vaginaal gebeuren of via een kijk- of open buikoperatie. De arts kan ook beslissen om enkel het baarmoederlichaam te verwijderen en de baarmoederhals aanwezig te laten. Deze operatie kan enkel via een kijkoperatie of via een open buikoperatie.

Anesthesie

Bij operaties die via de vagina gebeuren is zowel een ruggenprik (rachi of spinale anesthesie) als een algemene verdoving (narcose) mogelijk. De buikoperaties (laparoscopie - laparotomie) gebeuren steeds onder een algemene verdoving. Samen met de anesthesist kan u bespreken voor welke verdoving u in aanmerking komt.

Belangrijke opmerkingen in verband met de ingreep

- Voor de ingreep moet u minstens 8 uur nuchter zijn. Dit betekent dat u niet meer mag eten, drinken of roken vanaf middernacht. Indien deze maatregel niet gerespecteerd wordt zal dit onvermijdelijk leiden tot uitstel van de operatie.
- Vermeld altijd duidelijk aan welke ziekten u eventueel lijdt (bv. suikerziekte, reuma, hoge bloeddruk) en welke medicatie u hiervoor inneemt (bv. insuline, steroïden, bloedverdunners, aspirine).
- Bepaalde medicatie (bv. bloedverdunners) moeten voor de operatie gestopt of aangepast worden. Dit gebeurt altijd in overleg met uw arts. Eventueel dient er tijdelijk een andere medicatie opgestart te worden.
- Indien u allergisch bent aan medicatie (bv. antibiotica, pijnstillers), ontsmettingsmiddelen, latex (rubber) en/ of pleisters moet u dit zowel aan de uroloog, de anesthesist als de verpleegkundige melden.

8. Opname in het ziekenhuis

De duur van uw ziekenhuisverblijf hangt onder andere af van het soort operatie en eventuele ziektes waarvoor u reeds behandeld wordt, maar varieert tevens van persoon tot persoon. Over het algemeen schommelt dit tussen enkele dagen en een week.

De eerste dagen na de operatie wordt er voor voldoende pijnstilling gezorgd.

Na de operatie heeft u meestal een blaaskatheter. Deze mag na één of meerdere dagen verwijderd worden. Na het verwijderen zal de verpleegkundige controleren of u voldoende kan plassen en helemaal leegplast. Als dat na enige tijd niet lukt, krijgt u eventueel opnieuw een katheter of leert u de blaas zelf katheteriseren.

Er kan door de arts bij een verzakkingsoperatie ook een vaginale tampon ingebracht worden om kleine bloedingen te stelpen of het herstel tijdens de eerste uren te ondersteunen. De tampon wordt 1 tot 2 dagen na de operatie verwijderd.

Soms wordt tijdens de operatie een drain geplaatst. Dit is een dun rubberen buisje dat via de buikwand naar buiten komt. De drain voert overtollig wondvocht en bloed af. Deze wordt verwijderd als er praktisch geen vocht meer naar buiten komt.

De eerste stoelgang kan lastig zijn en vaak worden laxeermiddelen gebruikt. Vaak wordt uit voorzorg een zacht laxeermiddel voorgeschreven bij ontslag.

9. Herstel thuis

Het herstel is afhankelijk van verschillende factoren: onder andere uw leeftijd, uw algemene gezondheid, en het type operatie spelen hierin een rol. Er kunnen zich een aantal klachten voordoen na de ingreep. Meestal kan u de eerste weken na de operatie wat bloedverlies of gelig verlies hebben. U kan een moeilijke stoelgang ervaren of wat last hebben bij het plassen, en u kan zich nog wat vermoeid voelen.

Afhankelijk van het type operatie zal u ongeveer drie tot zes weken na de ingreep op controle bij de dokter gaan. Indien alles normaal bevonden wordt, mag u uw activiteiten geleidelijk terug hernemen.

De adviezen

- Teveel persen bij ontlasting moet vermeden worden. Drink voldoende (2 liter vocht per dag), eet vezelrijk en blijf in beweging om de stoelgang te bevorderen.
- Het heffen van lasten van meer dan 5 kg tot 6 weken na de operatie dient vermeden te worden. Soms wordt nog een langer hefverbod voorgesteld.
- Hernemen van sportieve activiteiten dient ook uitgesteld te worden tot na de controle bij uw arts. Het spreekt voor zich dat bij heropstarten ervan de inspanningen gedoseerd dienen opgedreven te worden. Bespreek deze sportactiviteiten met uw arts. Als gevolg van de operatie kan uw conditie verminderd zijn. Dit merkt u als vermoeidheid. Het is belangrijk niet aan dit signaal voorbij te gaan. Zorg voor een goede balans tussen activiteit en rust. Uw conditie zal weer mettertijd verbeteren.
- De arts schrijft werkonbekwaamheid voor tot wanneer u op controle bent geweest (gemiddeld drie tot zes weken).
- Niet fietsen gedurende 8 weken. Autorijden mag wel indien u zich voldoende goed voelt.
- Bij pijnklachten mag u 2 tabletten paracetamol 500mg, 3 tot 4 keer per dag innemen.
- Als u voor de operatie bloedverdunnende middelen gebruikte, mag u het gebruik hiervan alleen hervatten op voorschrift van de arts. Voordat u naar huis gaat wordt aan u medegedeeld wanneer u de antistolling weer kunt hervatten.
- Bij overgewicht neemt de belasting van de bekkenbodemp toe. Als het lukt om iets aan uw overgewicht te doen, loopt u minder risico dat de verzakking terugkomt na een operatie.

- Probeer niet te roken. Vooral bij hoesten ontstaat een sterke belasting op de bekkenbodern.
- Om infecties te voorkomen adviseren wij tot de na de controle (vier weken na de operatie) geen tampons te gebruiken, geen bad te nemen, niet te zwemmen en geen geslachtsgemeenschap te hebben.

10. Wat zijn de eventuele nevenwerkingen en verwikkelingen en wat is de kans op herval?

Niet elke ingreep verloopt altijd even gemakkelijk. Ook het genezingsproces verloopt niet altijd even vlot. Sommige problemen zijn jammer genoeg onvoorspelbaar. Onder nevenwerkingen verstaan we het optreden van niet gewenste verschijnselen, die het gevolg kunnen zijn van de ingreep, zelfs indien deze probleemloos verlopen is. Soms treden er tijdens of na de ingreep verwikkelingen (complicaties) op waarvoor bijkomende medische zorg (medicatie en/of heelkundige ingreep) nodig is.

Op termijn kan er opnieuw verzakking optreden. Indien deze zich op dezelfde plaats voordoet spreekt men van een "recidief". Uiteraard kan er ook nog een verzakking optreden op een andere plaats in de vagina.

Hieronder beschrijven we de meest frequente nevenwerkingen en verwikkelingen:

Blaasontsteking (cystitis)

Dit is de meest voorkomende complicatie. Deze kan zich o.a. uiten door pijn bij het plassen en frequent plassen. Bij een bewezen blaasinfectie zal de arts antibiotica voorschrijven.

Problemen bij het op gang komen van zelfstandig plassen.

Vaak kunnen vrouwen na het herstel van de voorwand van de vagina moeilijkheden ondervinden om spontaan te plassen of om de blaas volledig te ledigen. Dit is een tijdelijk probleem. Dit kan opgevangen worden door tijdelijk een nieuwe katheter te plaatsen of tijdelijk zelf te katheteriseren.

Incontinentie

Sommige vrouwen ontwikkelen urineverlies of een hinderlijke plasdrang na de operatie. Dit kan verschillende oorzaken hebben en zal verder onderzocht moeten worden. Soms is hiervoor medicatie of later nog een operatie nodig.

Moeite met de ontlasting

Deze klacht zal voornamelijk ontstaan na een achterwandplastiek. Preventieve dieetmaatregelen (inname van vezelrijke voeding), voldoende drinken, voldoende lichaamsbeweging en eventueel opstarten van een laxeermiddel kunnen hierbij helpen. Normaal gezien zijn deze klachten tijdelijk. Niet zelden echter bestonden deze klachten ook reeds voor de ingreep en zal een ingreep ter correctie van de verzakking wellicht geen beterschap van de constipatie opleveren.

Last of pijn bij geslachtsgemeenschap

Door de veranderingen die opgetreden zijn ter hoogte van de vagina kan er soms pijn optreden tijdens geslachtsgemeenschap. Meestal is dit tijdelijk en verdwijnt dit wanneer het litteken versoepelt. Voorzichtigheid in het begin en het gebruik van een glijmiddel kan hierbij helpen. Bij het gebruik van netjes komt deze klacht vaker voor.

Meshcomplicaties

Wanneer lichaamsvreemd materiaal gebruikt wordt zoals een mesh (netje) kunnen er specifieke problemen optreden: bloed- of vuilverlies, irritatie of pijn, problemen bij geslachtsgemeenschap. Zo kan een gedeelte van het netje vaginaal zichtbaar worden (erosie). Meestal is een behandeling met een hormoon (oestrogeen)-crème en een antibioticum voldoende. Soms moet er evenwel een tweede ingreep uitgevoerd worden om de mesh met vaginaal weefsel te bedekken en/of een deel van het blootgestelde netje te verwijderen. Meshcomplicaties kunnen reeds kort na de operatie optreden. Daar de meeste van deze netjes permanent in het lichaam aanwezig blijven kunnen complicaties echter evengoed maar op langere termijn ontstaan. Het is nuttig dat u aan uw arts vraagt welk specifiek netje hij/zij gebruikt heeft.

Vaginale afscheiding

Bloedverlies, afscheiding en irritatie gedurende enkele weken na de operatie kunnen normaal zijn. Raadpleeg een arts bij blijvende last. Ander vaginale klachten worden best verder onderzocht.

Zeldzame problemen

Nabloeding

Wanneer er een hevige bloeding optreedt, dient u onmiddellijk uw arts te raadplegen!

Letsels van omliggende organen

Bij een verzakkingsoperatie wordt in de nabijheid van andere organen gewerkt. Hierdoor kunnen er letsels ontstaan aan deze organen. Indien deze tijdig herkend worden kunnen ze dadelijk hersteld worden. Indien deze letsels niet onmiddellijk herkend worden kan een tweede ingreep nodig zijn. Dit is vooral het geval bij het ontstaan van een fistel (= abnormale verbinding tussen blaas of darm met vagina of huid). Zeer zelden kan de verbinding tussen de nier en de blaas afgesloten worden of ontstaan er zenuwletsels.

Flebitis of embolie (= bloedklonters)

Dit kan optreden na alle ingrepen die een tijdelijke vermindering van de lichaamsactiviteiten met zich meebrengen. Daarom worden vaak steunkousen voorgeschreven ter bevordering van de bloeddorstrooming. Bovendien wordt meestal tijdelijk een bloedverdunner opgestart.

Vraag in elk geval onmiddellijk raad bij uw arts (huisarts of uroloog) bij:

- toenemende pijn na de operatie ondanks inname van pijnstillers
- aanhoudende misselijkheid en braken
- hevig vaginaal bloedverlies (meer dan tijdens de menstruatie)
- koorts (meer dan 38 °C)
- blaasontsteking (branderig gevoel of pijn bij plassen)

11. Resultaat op lange termijn

Bij een prolapsoperatie wordt het onderliggende probleem (zwak of beschadigd weefsel) niet opgelost. Men schat dat één op drie vrouwen op termijn opnieuw problemen zullen krijgen van een verzakking. Er kan opnieuw een verzakking op dezelfde plaats ontstaan (recidief) maar meer frequent op een andere plaats in de vagina.

12. Zwangerschap na een prolapsoperatie

Wanneer u nog zwanger wenst te worden moet u dit aan uw arts melden. Zo kan de arts rekening houden met de operatietechniek en eventueel de wijze van bevalling.

Controle

Na zes weken komt u voor controle op de polikliniek. De arts bespreekt met u of de operatie voldoende effect heeft. Wanneer er eerder problemen zijn kunt u telefonisch contact opnemen met de polikliniek Urologie of het Urologisch Centrum Noord West-Vlaanderen (050 372233).

Tot slot

Deze folder betreft een algemene voorlichting en is bedoeld als extra informatie naast het gesprek met uw behandelend arts. Bijzondere omstandigheden kunnen tot wijzigingen aanleiding geven. Dit zal altijd door uw specialist aan u kenbaar worden gemaakt. Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, dan kunt u deze gerust stellen aan de uroloog of de expertverpleegkundige urologie.



Diensthoofd-uroloog

Dr. Jo Ampe

Urologen

Dr. Harm Arentsen

Dr. Frederic Baekelandt

Dr. Christophe Ghysel

Dr. Bart Kimpe

Dr. Pieter Uvin

Dr. Peter Van Oyen

Nurse Specialist

Dhr. Luc De Laere

Tel: 050 45 31 52

Expertverpleegkundigen

Mevr. Sophie Vantieghem

Tel: 050 45 28 41

Dhr. Thijs Develter

Tel: 050 45 97 88

Mevr. Veronique Viaene

Tel: 050 36 51 34

Mevr. Stephanie Lannoo

Tel: 050 36 51 39

Secretariaat Campus De Mouterie

Damse Vaart Zuid 3 te 8310 Sint-Kruis

Tel: 050 37 22 33

Fax: 050 27 04 66

secretariaat@urologischcentrum.be

Secretariaat Campus AZ Sint-Jan AV

Tel: 050 45 25 30

Fax: 050 45 25 29

urologie@azsintjan.be

Secretariaat Campus AZ Sint-Lucas

Tel: 050 36 51 12

Fax: 050 36 51 23

secretariaat.urologie@stlucas.be