



“Fijn, een
organisatie die
achter me staat”

Trombose

2 Antistollingspas

3 Wat is trombose?

4 Veneuze trombose

7 Arteriële trombose

9 Behandeling van trombose

12 Steun ook onderzoek naar trombose

TROMBOSESTICHTING
NEDERLAND

Beste lezer,

Wist u dat ieder uur 11 mensen trombose krijgen? Het tijdig herkennen van de symptomen van trombose is cruciaal, want snelle behandeling is van levensbelang. In deze brochure leest u onder meer over het verschil tussen veneuze en arteriële trombose, over de behandeling van trombose en het voorkomen van restklachten. Door u en anderen te informeren kunnen we levens redden.



Stans van Egmond,
directeur Trombosestichting

Gebruikt u bloedverdunners?

Met de Antistollingspas heeft u de belangrijkste gegevens altijd op zak. Zo kunt u bloedingen en een verkeerde behandeling voorkomen.

Gebruik de Antistollingspas als u:

- Naar de huisarts, specialist of tandarts gaat
- Medicijnen ophaalt bij een apotheek of drogist
- Naar de pedicure, fysiotherapeut, mondhygiëniste gaat
- Naar de GGD gaat voor een vaccinatie

Veilig op pad met de Antistollingspas

Vraag de pas vandaag nog aan via
www.trombosestichting.nl



Wat is trombose?

Bij trombose raakt een bloedvat in het lichaam verstopt door een bloedstolsel. Dit stolsel belemmert of blokkeert de bloeddoorstroming. Dit kan in alle bloedvaten in het lichaam gebeuren. Trombose kan gevaarlijk zijn en leiden tot ernstige, blijvende klachten en zelfs tot overlijden.

Onze bloedsomloop zorgt ervoor dat onze spieren en organen van zuurstof worden voorzien. Slagaderen vervoeren zuurstofrijk bloed. Ons hart pompt dit zuurstofrijke bloed rond in ons lichaam. Onze aderen vervoeren zuurstofarm bloed terug via het hart naar de longen. In de longen wordt het bloed weer zuurstofrijk. Bloed in de aderen stroomt meestal langzamer dan bloed in de slagaderen.

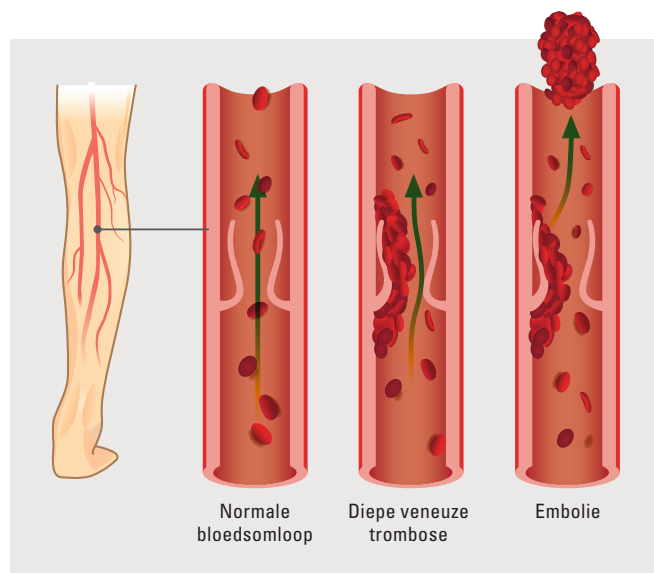
Het bloed in ons lichaam kent een systeem van stolling en antistolling. Bij een wondje zal het lichaam bloed tijdelijk laten stollen zodat het bloeden stopt. Antistollingsstoffen in het bloed zorgen ervoor dat het stollen weer stopt en het overtollige stolsel weer wordt afgebroken. Dit is een natuurlijk proces dat in balans is. Echter, bij een trombose is dit systeem van stolling en antistolling uit balans: het bloed stolt terwijl er geen wond is, of het blijft stollen als de wond al dicht is. Zo kunnen er ongewenste bloedstolsels ontstaan.

Twee typen trombose: veneuze en arteriële trombose

Een bloedstolsel kan ontstaan in een ader of in een slagader. Bij een bloedstolsel in een ader spreken we van veneuze trombose. Voorbeelden van veneuze trombose zijn een trombosebeen, trombosearm, longembolie en sinustrombose.

Een stolsel in een slagader noemen we arteriële trombose. Voorbeelden van arteriële trombose zijn een herseninfarct en een hartinfarct.

Beiden typen trombose geven andere klachten, hebben andere risicofactoren en worden vaak op een andere manier behandeld. In deze brochure vertellen we over het herkennen van trombose in verschillende lichaamsdelen. Vervolgens leggen we uit wat de risicofactoren zijn om veneuze trombose of arteriële trombose te ontwikkelen. Ook leggen we uit hoe artsen de diagnose stellen en welke behandelingen er zijn.



Trombose in Nederland

Trombose is één van de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland. Ook houden veel mensen restklachten over na trombose.

Veneuze trombose

Iedere dag krijgen zo'n 80 Nederlanders een veneuze trombose, zoals een trombosebeen of longembolie. **Aan longembolie overlijden drie mensen per dag.**

80
per dag

Arteriële trombose

Iedere dag krijgen zo'n 200 Nederlanders een arteriële trombose, zoals een hartinfarct of herseninfarct. **Hieraan overlijden zo'n veertig mensen per dag.**

200
per dag

Veneuze trombose

Bij veneuze trombose raakt een ader verstopt door een bloedstolsel. Veneuze trombose kan heel oppervlakkig optreden, maar het komt vaak voor in de dieper gelegen aderen (diep veneuze trombose). Oppervlakkige veneuze trombose (tromboflebitis) ontstaat door een ontsteking van een ader die dicht onder de huid ligt. Het is meestal niet gevaarlijk en hoeft ook niet altijd behandeld te worden. Maar oppervlakkige veneuze trombose kan wel leiden tot diep veneuze trombose. Bij diep veneuze trombose (zoals een trombosebeen) gaat het om een stolsel in de diepere, grotere aderen.

Veneuze trombose kan in alle aderen van het lichaam ontstaan. Hieronder bespreken we de meest voorkomende vormen van veneuze trombose en de bijbehorende symptomen.

“Wees alert op de symptomen, want snelle herkenning van trombose kan restklachten voorkomen en levens redden.”

Trombosebeen en trombosearm

Een trombosebeen of trombosearm ontstaat als een bloedstolsel een ader in het been of de arm afsluit en de bloedsomloop richting de longen belemmert. Het bloedstolsel kan losschieten richting de longen en een levensbedreigende longembolie veroorzaken. Vanwege dit risico moet een trombosebeen of trombosearm direct behandeld worden.

De symptomen van een trombosebeen of trombosearm kunnen veel op andere aandoeningen lijken, bijvoorbeeld een zweepslag of kneuzing. Regelmatig wordt een trombosebeen of trombosearm niet direct herkend: een patiënt loopt er dan zelf te lang mee door of een arts vermoedt een andere oorzaak van de klachten. Hoe later de herkenning, hoe ernstiger de trombose kan zijn en hoe langer het herstel van het lichaam kan duren. Soms kan te late herkenning leiden tot ernstige complicaties en overlijden.

Symptomen

- (Hevige) pijn of zwaar gevoel in één been of de arm en/of
- Vrij snel optredende zwelling van één been of de arm en/of
- Rood- of blauwachtige verkleuring

Ook kan er sprake zijn van:

- Lichte temperatuursverhoging in het been of de arm
- Strakgespannen huid
- Klachten van een bijkomende longembolie

Longembolie & longinfarct

Als een bloedstolsel in een ader losschiet, bijvoorbeeld uit het been, kan het in de longen een verstopping veroorzaken. Dit heet een longembolie. Door het stolsel is een longslagader verstopt en kan het lichaam moeite krijgen om voldoende zuurstof op te nemen. De ernst van een longembolie hangt af van de grootte en locatie. Een groot stolsel kan in de eerste vertakkingen van de longslagader vastlopen, een kleiner stolsel in een kleinere vertakking dieper in de long. Als grote delen van de long geen zuurstof meer krijgen door de aanwezigheid van stolsels dan ontstaat een longinfarct. Niet elke longembolie leidt tot een longinfarct. In zeldzame gevallen ontstaan zeer grote stolsels in beide longen, die de gehele bloedsomloop stil kunnen leggen. Dit heet een ruitembolie en heeft meestal de dood tot gevolg.

Symptomen

Let op: de symptomen van een longembolie kunnen erg lijken op die van een hartinfarct. Een longembolie is een gevaarlijke aandoening. Herkent u de symptomen, neem dan altijd contact op met uw arts of bel 112.

- Plotseling opkomende kortademigheid, met name bij inspanning
- Pijn bij zuchten en hoesten
- Pijn op de borst

Ook kan er sprake zijn van:

- Hartkloppingen
- Flauwvallen
- Bloed ophoesten
- Transpireren
- Lichte temperatuursverhoging
- Plotselinge ontstane prikkelhoest

Mogelijk is er ook sprake van zwelling en pijn in het been. Dit kan wijzen op een bijkomend trombosebeen. Als zwelling en pijn in het been samen voorkomen met één of meer van de bovengenoemde symptomen, dan is de kans groot dat het om een longembolie gaat.

Sinustrombose

Als een bloedprop de afvoerende aderen in de hersenen afsluit, spreken we van een sinustrombose (cerebrale veneuze trombose). Het bloed kan niet voldoende wegstromen uit de hersenen, met als gevolg hevige hoofdpijn, epilepsie, een herseninfarct of een hersenbloeding. Door een sinustrombose kunnen hersenfuncties uitvallen en kan hersenweefsel beschadigd raken. Sinustrombose komt het meest voor bij jonge mensen, vooral jonge vrouwen.

Symptomen

- Zeer hevige hoofdpijn
- Epileptische aanvallen
- Lamme arm
- Verwarde, onsamenhangende spraak
- Scheefhangende mondhoek

De symptomen van een sinustrombose lijken op de symptomen van een herseninfarct. In de acute fase van een sinustrombose worden patiënten behandeld met heparines of laagmoleculair gewichtsheparines (LMWH's), daarna met orale antistollingsmiddelen. Eventuele complicaties zoals epilepsie worden afzonderlijk behandeld. De meeste mensen herstellen volledig na een sinustrombose. Sommige mensen blijven de rest van hun leven last houden

van restverschijnselen, zoals hoofdpijn, concentratieproblemen en epilepsie. Bij een klein deel van de patiënten is een sinustrombose fataal.

Risicofactoren om veneuze trombose te ontwikkelen

Veneuze trombose kan ontstaan als de wand van een bloedvat is beschadigd, als het bloed langzamer stroomt of als de samenstelling van het bloed verandert, of door een combinatie van deze drie.

De kans op veneuze trombose neemt bovendien toe als iemand een of meerdere van de volgende risicofactoren heeft:

- Eerdere diep veneuze trombose of longembolie
- Erfelijke aanleg (trombose in de familie)
- Hogere leeftijd
- Lange (vlieg)reis, langer dan 5 uur
- Recente operatie, zoals een heup- of knieoperatie
- Botbreuk en/of ledemaat in gips
- Bedlegerigheid of rust, bijvoorbeeld bij ziekte of een verstuite enkel
- Kanker
- Zwangerschap en kraambed
- Gebruik van de anticonceptiepil
- Ernstig overgewicht
- Roken

“Mensen weten vaak niet welke risico's ze lopen”



Wim Hobé (84) kreeg een trombosebeen, maar herkende dit zelf niet en liep daardoor onnodige risico's. “Als ik toen had geweten wat ik nu weet, dan had ik het nooit zo gedaan. Ik heb enorme risico's gelopen en veel geluk gehad.”

Erfelijkheid

Met bepaalde erfelijke aandoeningen heeft u een hoger risico op veneuze trombose, zeker in combinatie met andere risicofactoren. Een veel voorkomende erfelijke aandoening is Factor V Leiden (zo'n 5% van de Nederlandse bevolking). De meeste mensen met Factor V Leiden krijgen nooit een trombose, maar het risico op een trombose is bij mensen met deze mutatie wel zes keer zo groot als bij mensen zonder deze mutatie.

Ook komt het voor dat mensen een relatief hoge concentratie van stollingseiwitten in hun bloed hebben, zoals stollingsfactor VIII. Het bloed stolt dan sneller. Het risico op een trombose is vier keer zo groot als bij mensen zonder deze afwijkingen. Tot slot kunnen mensen te weinig antistollings-eiwitten hebben. Antitrombine, proteïne C of proteïne S zijn drie eiwitten die de bloedstolling remmen. Bij een tekort aan deze eiwitten kan het risico op trombose 10 keer zo groot worden.

Hoe wordt bij veneuze trombose de diagnose gesteld?

Bij een vermoeden van veneuze trombose kan een arts verschillende onderzoeken gebruiken voor het uitsluiten of vaststellen van trombose.

Vragen stellen

Op basis van verschillende factoren bepaalt een arts of er aan een trombose gedacht moet worden. Denk aan symptomen, erfelijke factoren, pilgebruik of andere risicofactoren. Bij een aanzienlijke kans op trombose is verder onderzoek nodig.

Bloedtest

Met een zogenaamde D-dimeertest kan de arts in sommige gevallen een trombose uitsluiten door te kijken of het bloedstolselvorming bevat. Op basis hiervan bepaalt de arts of er wel of geen vervolgonderzoek nodig is. Maar met een D-dimeer test kan geen diagnose gesteld worden. Daarvoor zijn andere technieken nodig.

Flebografie

Heel soms is aanvullend onderzoek nodig met flebografie. Dan wordt een foto gemaakt met een röntgenapparaat. De arts spuit contrastvloeistof in een ader waardoor het bloedvat op een röntgenfoto goed te bekijken is.

Echografie

Echografie is een onderzoek met geluidsgolven, waarmee de arts bekijkt of de doorbloeding in het bloedvat normaal is of afwijkt. Dit onderzoek is minder nauwkeurig bij bloedvaten in het bekken, de buikholte of schouderregio.

CT-scan

Bij een CT-scan wordt een uitgebreid onderzoek gedaan met röntgenstraling in een CT-scanner. Een arts spuit contrastvloeistof in een bloedvat. Met de CT-scan kan de arts zien waar in het lichaam trombose is ontstaan. Een CT-scan is belastend vanwege de hoeveelheid straling.

MRI-scan

Via een MRI-scan (MRDTI) kunnen artsen zien of het gaat om 'oude trombose' (restanten) of 'nieuwe trombose'. Alleen bij een diagnose van nieuwe trombose is het nodig om een patiënt te behandelen. Deze methode wordt nog niet in alle ziekenhuizen toegepast. Vanwege de sterke magneten die worden gebruikt kunnen niet alle patiënten in een MRI-scanner, bijvoorbeeld patiënten met een pacemaker of insulinepomp. De arts bespreekt dit met u.

Arteriële trombose

Bij arteriële trombose verstopt een bloedstolsel een slagader, een bloedvat dat zuurstofrijk bloed naar de spieren en organen in ons lichaam brengt. De meest voorkomende vormen van arteriële trombose zijn een hartinfarct en een herseninfarct. Arteriële trombose is acuut en levensbedreigend.

Hartinfarct

Bij een hartinfarct sluit een bloedstolsel één van de slagaderen van het hart af (kransslagaderen). Het achterliggende gedeelte in het hart krijgt geen zuurstof en dat leidt tot een levensbedreigend hartinfarct. De schade aan de hartspier kan beperkt blijven als de trombose snel behandeld kan worden. Door middel van bloedonderzoek en een hartfilmpje (ECG) kan een hartinfarct worden vastgesteld. Manieren om de vernauwing in de slagaderen te behandelen zijn dotteren en bloedvatomleidingen (coronaire bypass).

Symptomen

- Drukkende pijn midden op de borst of tussen schouderbladen
- Uitstralende klachten zoals pijn in de armen, keel, kaak of bovenbuik
- Pijn duurt ook in rust, langer dan 5 minuten
- Zweten
- Misselijkheid, braken en duizeligheid
- Kortademigheid
- Toename van klachten bij inspanning

“Met een gezonde leefstijl
- niet roken, voldoende
lichaamsbeweging,
gezonde voeding met
name weinig zout en
matig met alcohol -
kunt u het risico op een
herseninfarct verlagen”

dr. Ewoud van Dijk,
neuroloog Radboudumc



Herseninfarct

Een herseninfarct ontstaat als een bloedstolsel zich ophoopt in een slagader van de hersenen. Door de afsluiting krijgt een deel van de hersenen te weinig bloed en te weinig zuurstof. Het lichaam vertoont uitvalsverschijnselen. Als de afsluiting kort duurt en iemand binnen 24 uur herstelt, noemen we het een TIA (Transient Ischemic Attack). Als de afsluiting langer duurt, kunnen delen van het hersenweefsel afsterven. Bij blijvende gevolgen spreken we van een herseninfarct. Het bloedstolsel kan afkomstig zijn van een andere plek in het lichaam, bijvoorbeeld uit het hart door de hartritmestoornis boezemfibrilleren. De uiteindelijke gevolgen van een herseninfarct zijn afhankelijk van de plaats, grootte en duur van het infarct.

Beroerte en CVA

Een beroerte is de verzamelnaam voor zowel een herseninfarct als een hersenbloeding (een scheur in een hersenbloedvat). Herseninfarcten komen vaker voor dan hersenbloedingen. In ongeveer 80% van de beroertes gaat het om een herseninfarct.

Voor beroerte gebruiken we soms de term CVA of het Engelse woord stroke. CVA staat voor Cerebro Vasculair Accident.

Een herseninfarct is hetzelfde als een ischemisch CVA (niet voldoende doorbloed); een hersenbloeding is een hemorragisch CVA (bloeding).





Een snelle diagnose is van levensbelang. Met een CT-scan of MRI-scan kunnen artsen zien waar het bloedstolsel zich bevindt. Na de diagnose is het belangrijk dat de behandeling zo snel mogelijk start. Het liefst binnen 6 uur nadat de symptomen zijn begonnen, want dan is de kans op herstel het grootst. Bij een herseninfarct krijgen patiënten binnen 4,5 uur een stolseloplossend medicijn (trombolyse), waardoor het bloedstolsel oplost. Een andere behandeling is het stolsel binnen 6 uur van binnenuit verwijderen. In de dagen na een herseninfarct ligt de nadruk op het voorkomen van complicaties, zoals een longontsteking, epilepsie, depressie of een (nieuwe) trombose. Daarna volgt revalidatie en het voorkomen van een herseninfarct in de toekomst. Een herseninfarct kan leiden tot een beperking van bewegen, denken en spraak, en tot veranderingen in gedrag en persoonlijkheid. Een herseninfarct kan ook fataal zijn.

Symptomen

- Scheefhangende mondhoek
- Lamme arm of been
- Verwarde, on samenhangende spraak
- Buiten bewustzijn raken

Risicofactoren arteriële trombose

Arteriële trombose ontstaat vaak door afwijkingen in de vaatwand, en bij een of meerdere van de volgende risicofactoren:

- Eerdere arteriële trombose
- Hoge bloeddruk
- Hoog cholesterolgehalte
- Overgewicht
- Gebrek aan lichaamsbeweging
- Diabetes
- Hart- en vaatziekten op jonge leeftijd en/of bij familieleden
- Roken
- Hartritmestoornissen zoals boezemfibrilleren
- Een kunsthartklep

Behandeling van trombose

Zowel veneuze als arteriële trombose wordt behandeld met antistollingsmiddelen. Bij een acute trombose, zoals een herseninfarct of ernstige longembolie, wordt ook trombolyse toegepast. Dan wordt een stolseloplossend middel toegediend in de hoop dat een stolsel snel kleiner wordt. Dit wordt soms ook gedaan bij levensbedreigende veneuze trombose, bijvoorbeeld bij een ruitembolie in de longen. Bij veneuze trombose kan een arts ook het dragen van een medische compressiekous voorschrijven.

Antistollingsmiddelen

In Nederland gebruiken jaarlijks maar liefst 1,5 miljoen mensen voor kortere of langere tijd antistollingsmiddelen. De meeste middelen worden gebruikt om na een operatie of andere medische behandeling trombose te voorkomen. Dit is meestal een heparine die per injectie wordt toegediend.

Een andere grote groep mensen die antistollingsmiddelen gebruiken, zijn mensen met hartritme-stoornissen. Door deze stoornissen kan een stolsel in het hart ontstaan, dat voor een herseninfarct kan zorgen. Om dit te voorkomen krijgen deze mensen vaak levenslang directe orale anticoagulantia (DOAC) of vitamine K-remmers voorgeschreven. Na een hartinfarct of een CVA krijgen mensen ook vaak een mild antistollingsmiddel voorgeschreven zoals acetylsalicylzuur (aspirine) of clopidogrel.

Een andere groep die directe orale anticoagulantia (DOAC) of vitamine K-remmers krijgt voorgeschreven zijn patiënten die een veneuze trombose hebben gehad. Antistollingsmiddelen worden dus voorgeschreven om trombose te behandelen of trombose te voorkomen.

Antistollingsmiddelen worden ook wel bloedverdunners genoemd. De term bloedverdunners is feitelijk niet juist. De medicijnen zorgen er niet voor dat het bloed dunner wordt; het bloed wordt minder stolbaar.

Hoelang een behandeling met antistollingsmiddelen duurt, is afhankelijk van de aandoening. De minimale termijn die nodig is voor behandeling van een eerste diep veneuze trombose of longembolie is drie maanden. Bij hartritme-stoornissen of na een hartinfarct of CVA krijgt men levenslang antistollingsmiddelen voorgeschreven.

We onderscheiden 4 hoofdgroepen antistollingsmiddelen:

- **DOAC's (Directe Orale Anticoagulantia)**
DOAC's zijn de eerste keuze voor patiënten met veneuze trombose, patiënten met hartritme-stoornissen (boezemfibrilleren) en mensen met kanker.
 - Apixaban (Eliquis)
 - Dabigatran (Pradaxa)
 - Edoxaban (Lixiana)
 - Rivaroxaban (Xarelto)
- **Vitamine K-remmers (vitamine K-antagonisten of coumarines)**
Patiënten die niet in aanmerking komen voor DOAC's, bijvoorbeeld bij een kunsthartklep, ernstig nierfalen, combinatie met andere medicijnen zoals hiv-medicijnen, of antifosfolipidensyndroom.
 - Acenocoumarol
 - Fenprocoumon (Marcoumar)
- **Bloedplaatjesremmers (trombocytenaggregatieremmers)**
Patiënten na een hartinfarct of herseninfarct, behalve in geval van boezemfibrilleren.
 - Acetylsalicylzuur (Aspirine Protect)
 - Asasantin
 - Carbasalaatcalcium (Ascal)
 - Clopidogrel (Iscover, Plavix, Grepid)
 - Dipyridamol (Persantin)
 - Prasugrel (Efient)
 - Ticagrelor (Brilique)
- **Heparines of Laag moleculairgewicht heparines (LMWH)**
Bij acute trombose, zwangere vrouwen, mensen met kanker en vaak na orthopedische ingrepen.
 - Dalteparine (Fragmin)
 - Enoxaparine (Clexane)
 - Nadroparine (Fraxiparine, Fraxodi)
 - Tinzaparine (Innohep)
 - Danaparotide (Orgaran)
 - Fondaparinux (Arixtra)

Compressiekous

Een arts kan ook adviseren om voor een bepaalde periode een medische compressiekous (therapeutische elastische kous of steunkous) te dragen bij een trombosebeen. Het dragen van een compressiekous stimuleert de bloedafvoer uit het been, zorgt ervoor dat opgehoopt vocht (oedeem) wordt afgevoerd, en kan een vermoeid, pijnlijk en gezwollen been en het posttrombotisch syndroom voorkomen. De arts geeft aan voor welke periode u de kous moet dragen en welke lengte en drukklasse de kous moet hebben. Een gespecialiseerd bandagist of huidtherapeut kan de kous bij u aanmeten.

Posttrombotisch syndroom

Bijna de helft van de mensen met een diep veneuze trombose houdt het posttrombotisch syndroom hieraan over. Deze aandoening is chronisch. Om het syndroom te voorkomen wordt geadviseerd een steunkous te dragen. Het is nog steeds niet helemaal duidelijk waardoor het posttrombotisch syndroom wordt veroorzaakt. In ieder geval is de uitstroom van bloed uit het been belemmerd, bijvoorbeeld door beschadigingen aan de klepjes in de bloedvaten. Dat kan allerlei heel vervelende klachten geven. In ongeveer de helft van de gevallen zijn de klachten mild: af en toe een zwaar been of arm, of een dik, pijnlijk of jeukend ledemaat. In ernstigere gevallen hebben patiënten hier zeer vaak tot altijd last van en hebben zij ook last van ontstekingen, jeuk, open wonden, vochtophoping, huidverkleuringen of spataderen. Een heel klein deel van de patiënten raakt hierdoor geïnvalideerd.

Omdat er nog te weinig bekend is over het voorkomen van het posttrombotisch syndroom, wordt er onderzoek gedaan naar behandelingen voor het verminderen van de klachten. Wel is recent aangetoond dat roken het risico op dit syndroom verhoogt. Dat komt omdat roken de aanmaak van nieuwe haarvaten verhindert, die juist van cruciaal belang zijn bij het voorkomen van klachten. Dit geldt ook voor ernstige luchtvervuiling. Daarnaast zorgt voldoende beweging voor bescherming tegen het posttrombotisch syndroom.

Post-longembolie syndroom

Bijna de helft van de mensen met longembolie blijft na behandeling langdurig benauwd en/of fysiek beperkt. Patiënten zijn vaak kortademig, hebben een verslechterde conditie na de ziekte en hebben angst om te bewegen. Ook worden sommige patiënten somber of ontwikkelen posttraumatische klachten. Hierdoor raken patiënten in een vicieuze

INR-waarde

Gebruikt u vitamine K-remmers, dan moet uw bloed regelmatig worden gecontroleerd door de trombosedienst of door uzelf. De INR-waarde geeft aan hoe snel het bloed stolt. Hoe hoger de INR-waarde, hoe langer het duurt voor het bloed stolt en hoe groter de kans op een bloeding. Hoe lager de INR-waarde, hoe sneller het bloed stolt en hoe groter de kans op bloedstolsels. Afhankelijk van de aandoening ligt de streefwaarde meestal tussen de 2.0 en 3.0. Omdat de INR-waarde snel kan schommelen bij vitamine K-remmers, wordt deze regelmatig gemeten en de dosis medicijnen hierop afgestemd.

cirkel van benauwdheid en onvoldoende beweging. Dit noemen we het post-longembolie syndroom. Sommige patiënten raken hierdoor sociaal geïsoleerd, arbeidsongeschikt en depressief. Patiënten met het post-longembolie syndroom kunnen baat hebben bij een revalidatietraject via een (long) fysiotherapeut of revalidatiecentrum.

Een zeer klein deel van de patiënten met het post-longembolie syndroom ontwikkelt chronische trombo-embolische pulmonale hypertensie. Als na behandeling enkele bloedvaten geblokkeerd of vernauwd blijven, stijgt de bloeddruk in de longslagaderen en treden er klachten als benauwdheid en hevige vermoeidheid op. Onbehandeld leidt dit tot hartfalen en overlijden. Patiënten met chronische trombo-embolische pulmonale hypertensie worden verwezen naar een specialistisch centrum en krijgen specifieke behandeling in de vorm van een operatie en/of medicatie.

Gebruikt u antistollingsmiddelen?

...slik dan niet op eigen initiatief pijnstillers en ontstekingsremmers zoals aspirine, diclofenac, ibuprofen of voltaren.

Langdurig gebruik van NSAID-pijnstillers (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) gaan niet samen met het slikken van antistollingsmiddelen vanwege een hoger bloedingsrisico. Als u vaker NSAID-pijnstillers gebruikt of wilt gebruiken, overleg dan altijd met uw arts.

...pas dan op met het gebruik van kruiden-geneesmiddelen en -supplementen zoals Sint-Janskruid, Amerikaanse ginseng of ginkgo.

Deze kruidenmiddelen zijn vrij verkrijgbaar bij de drogist en apotheek. Slikt u antistollingsmiddelen en gebruikt u een kruidenmiddel, vertel dit dan aan uw arts of apotheker. In de kruidenmiddelen komen de kruiden in hoge concentraties voor en dit kan invloed hebben op de werking van antistollingsmiddelen.





“Fijn, een organisatie die achter me staat”

Yvonne Bosman overleefde een longembolie na een trombosebeen en is nu donateur van de Trombosesstichting: “Het is een raar idee dat ik had kunnen overlijden. Ik geniet nu meer van het leven, ook al is het echt anders. Ik moet altijd antistollingsmedicijnen slikken en steunkousen dragen. Ik ben donateur van de Trombosesstichting omdat onderzoek naar trombose ontzettend belangrijk is. En ik vind het fijn dat er een organisatie is die achter me staat. Dat voelt echt als een steun.”

Trombose voorkomen

Heeft u een verhoogd risico op trombose?
Dit kunt u zelf doen om de kans op trombose te verkleinen:

- Val af als u te zwaar bent.
- Gebruik uw medicijnen volgens voorschrift.
- Voorkom lang stilzitten en beweeg of strek uw voeten en benen regelmatig (bijvoorbeeld bij lang reizen enz.).
- Stop met roken: dit voorkomt arteriële trombose en verlaagt het risico op (complicaties na) veneuze trombose.
- Heeft u een medische compressiekous voorgeschreven gekregen van uw arts?: Draag deze iedere dag, ook als het warm is.

Steun ook onderzoek naar trombose

De Trombosestichting zet zich al meer dan 45 jaar in voor betere behandelingen en zorg voor patiënten met trombose. Wij financieren onderwijs aan jonge artsen en wetenschappers op het gebied van trombose en ondersteunen wetenschappelijk onderzoek naar trombose. Dit zijn vaak kleinschalige, projectgebonden onderzoeken naar oorzaken, behandeling en preventie van trombose. Onze ondersteuning hiervoor is belangrijk omdat er weinig onderzoeksgeld is voor (veneuze) trombose.

Ook geven wij voorlichting over trombose aan patiënten, betrokkenen en andere Nederlanders, bijvoorbeeld over veilig gebruik van antistollingsmiddelen. Dit doen wij in nauwe samenwerking met betrokken onderzoekers, artsen en medische organisaties. Samen dragen wij bij aan het verbeteren van de behandeling en het voorkomen van trombose.

De Trombosestichting ontvangt geen overheidssubsidie en is afhankelijk van de bijdragen van donateurs. Steunt u ons voor levensreddend onderzoek? Ga naar onze website en word donateur. Elke bijdrage helpt! Dank u wel.



Trombosestichting Nederland

Dobbeweg 1a

2254 AG Voorschoten

Telefoon 071 – 561 77 17

E-mail tsn@trombosestichting.nl

Website www.trombosestichting.nl

IBAN NL35 INGB 0000 3020 30



Maart 2021

TROMBOSESTICHTING
NEDERLAND