



Onderstaande vragen zijn ontvangen via de chat-functie tijdens het Publieksevent op Wereld Trombosedag 13 oktober jl.. De vragen zijn beantwoord door dr. Laura Faber, internist-hematoloog in het Rode Kruis ziekenhuis te Beverwijk, dr. Martin Hemels, cardioloog in het Rijnstate ziekenhuis te Arnhem en dr. Geert-Jan Geersing, huisarts te Amsterdam en onderzoeker bij het Julius Centrum Utrecht.

1. **Ik gebruik Fenprocoumon voor hartfibrillatie, ik meet zelf en stuur de gegevens naar mijn trombosedienst. Ik heb een vrij stabiele INR (2-3). Waarom spreekt men de ene keer over Fenprocoumon en de andere keer over Marcoumar? Zijn deze slechter voor de nieren dan de nieuwe soorten?**

Antwoord: Marcoumar is de fabrieksnaam van het medicijn en Fenprocoumon is de werkzame stof in het medicijn.

2. **Ik gebruik al 20 jaar antistolling (Acenocoumarol). Is Pradaxa tot nu toe veilig of zijn er nog bijwerkingen boven water gekomen?**

Antwoord: Pradaxa, of dabigatran, is een veilig en effectief medicijn. Het innemen vraagt van patiënten wel de discipline om dagelijks medicijnen in te nemen want er is geen controle meer door de trombosedienst.

Die controle is ook niet nodig omdat het medicijn stabiel in het bloed aanwezig is, net zoals bijvoorbeeld de bloeddrukmedicatie.

Omdat de medicijnen via de nieren (urine) worden uitgescheiden is het wel belangrijk om de werking van de nieren met regelmaat te controleren. Wanneer die werking niet meer goed is (kreatinineklaring onder de 30 ml/min), moet je deze medicatie niet meer gebruiken en terug naar Acenocoumarol of Fenprocoumon, dan wel switchen naar een andere DOAC (tenzij de kreatinineklaring 15 ml/min of minder is).

3. **Moet je bij elk antistollingsmedicijn controle van de nieren laten uitvoeren?**

Antwoord: het controleren van de nierfunctie is vooral van belang bij de nieuwe antistollingsmedicijnen (NOAC's of DOAC's) omdat deze via de nieren worden uitgescheiden.

4. **Gaat de nierfunctie achteruit door het gebruik van Pradaxa?**

Antwoord: Nee, de nierfunctie gaat niet achteruit door het gebruik van Pradaxa. Wel wordt Pradaxa (dabigatran) in het lichaam uitgescheiden door de nieren. Bij een gestoorde nierfunctie kan er minder Pradaxa worden uitgescheiden, waardoor de concentratie in het bloed ervan kan oplopen en er een verhoogde kans op bloedingen ontstaat. De nierfunctie moet daarom minimaal jaarlijks gecontroleerd worden en vaker als de nierfunctie afneemt.

Afname van de nierfunctie maakt aanpassing van de dosering van Pradaxa noodzakelijk.

5. **Hoe vaak moet je je nieren dan laten controleren?**

Antwoord: Bij DOAC gebruik minimaal jaarlijks, bij afname van de nierfunctie vaker.

6. **Is er voor de nieuwe medicijnen al een antidotum aanwezig indien zich problemen voordoen op dat punt?**

Antwoord: Ja, ook voor DOAC's zijn inmiddels antidota beschikbaar zodat de werking indien wenselijk gestopt kan worden of ongedaan gemaakt. Voor dabigatran is dat idarucizumab (Praxbind[®]) en voor de Xa-remmers apixaban en rivaroxaban is dat andexanet (Odexxya[®]). De antidota worden alleen gebruikt in specifieke situaties zoals bij zeer ernstige bloedingen die niet te corrigeren zijn door andere middelen.

7. Ik wil graag geen controles meer en geen eigen INR meer meten. Ik slik al 20 jaar Acenocoumarol en ben niet meer onder behandeling van een internist. Hoe wordt bepaald of je beter kunt overstappen op een van de nieuwe medicijnen i.p.v. Acenocoumarol?

Antwoord: Switchen van antistollingsmedicatie gebeurt in overleg met uw verwijzer en/of huisarts. In overleg wordt beoordeeld of andere medicatie geschikt is. Hierbij wordt vooral gekeken naar de reden waarom antistollingsmedicatie is voorgeschreven.

8. Is Pradaxa geschikt voor elke indicatie? Ik slik het wegens proteïne C deficiëntie.

Antwoord: Pradaxa is niet geschikt voor iedere indicatie. Bijvoorbeeld wanneer iemand een hartkunstklep heeft kan deze medicatie niet worden voorgeschreven.

9. Hoe risicovol is het als je Pradaxa een aantal dagen moet stoppen; in mijn geval vanwege een Coloscopie?

Antwoord: Het stoppen van voorgeschreven antistollingsmedicatie is altijd risicovol. Echter, soms is stoppen noodzakelijk omdat het risico op een bloeding groter is dan het risico op een stolsel. Bijvoorbeeld in tijdelijke situaties zoals een coloscopie maar ook bij een grote operatie zoals een heupvervangning.

10. Al meer dan 35 jaar gebruik ik Fenprocoumon. Ben inmiddels, na eerder vier keer trombosebeenen en één keer longembolie, al ruim 30 jaar bekend met Factor V Leiden homozygoot. Later heb ik nog twee keer een nierbloeding gehad (rechts) na een doorgesloten INR. Kan iedereen overstappen naar een "veiliger" antistollingsmiddel of is dat niet geschikt na lang Fenprocoumongebruik?

Antwoord: Nee, niet iedereen kan overstappen. Er zijn uitzonderingssituaties zoals antifosfolipiden syndroom, hartkleppen, slechte nierfunctie.

11. Ik heb een vena cava filter vanwege trombose in beide benen die ontstond door eierstokkanker. Het filter kon niet verwijderd worden. Nu na zes jaar, ben ik nog steeds aan de Fenprocoumon. Kan dit ooit gestopt worden?

Antwoord: De voorkeur gaat meestal uit naar een tijdelijke filter, dat verwijderd kan worden als de contra-indicatie voor antistolling voorbij is. Bij u is het mogelijk vanwege uw ziekte anders gelopen. Een vena cava filter geeft een hoger risico op trombose van het filter en op recidief trombose. Dit zal de reden zijn dat u nog steeds Fenprocoumon gebruikt.

12. Is er een verschil in kans op verkrijgen van een post-trombotisch syndroom (PTS) bij een jong persoon t.o.v. een ouder persoon?

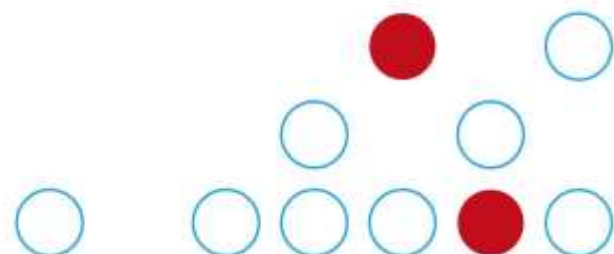
Antwoord: In principe kan 50% van de patiënten met een trombosebeenen een PTS ontwikkelen. Het risico wordt groter bij meerdere doorgemaakte trombosebenen.

13. Ik heb 35 jaar diepe veneuze trombose met twee lekkende vaten in het onderbeen. Hoe is de ontwikkeling om dit operatief te verhelpen?

Antwoord: Het klinkt alsof er bij u sprake kan zijn van een post-trombotisch syndroom (PTS). Het is lastig om zo te zeggen of een operatieve ingreep in uw situatie tot de mogelijkheden behoort, maar het kan zeker raadzaam zijn om dit nog eens te bespreken met een ter zake kundig specialist, bijvoorbeeld een dermatoloog.

14. Mijn echtgenote gebruikt Fenprocoumon wegens DVT recidive beide benen en longembolieën. Zij valt steeds vaker helaas en soms ook op haar hoofd. Moet ik na een val haar altijd laten controleren op bloedingen in 't hoofd?

Antwoord: Zodra er letsel is te bemerken aan haar hoofd zou ik dat zeker doen en helemaal als mevrouw buiten kennis is geweest en/of misselijk is / braakt. Ook is het goed om te laten onderzoeken waarom ze zo vaak valt.



15. Sinds één september gebruik ik bloedverdunners i.v.m. een TIA op één september. Ik heb gelezen dat er een apparaatje bestaat om mijn bloed te testen . Hoe kan ik aan zo'n apparaatje komen. Sinds mijn TIA heb ik ook ineens bloedarmoede en is mijn cholesterol te hoog. Heb daar ook medicijnen voor. Ik had echter twee weken voor mijn TIA nog bloed laten prikken (een jaarlijkse check up voor mij) en toen was alles oké. Is dat normaal?

Antwoord: om in aanmerking te komen voor het zelfmeten van uw INR kunt u contact opnemen met uw trombosedienst. Zij kunnen u hierin begeleiden. Met het zelfmeetapparaat worden waarden bepaald waarmee wordt vastgesteld hoeveel antistollingsmedicijnen u moet gebruiken. Overigens is dit alleen mogelijk als u een vitamine K-antagonist gebruikt als bloedverdunner (Acenocoumarol of Fenprocoumon) en niet bijvoorbeeld bij gebruik van een plaatjesremmer (zoals clopidogrel) of een direct-werkend oraal anticoagulans (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban). Hiermee wordt ook niet uw cholesterol gecontroleerd en ook niet bepaald of u bloedarmoede heeft of niet. Dit laatste gaat het beste via het bloedafname op het laboratorium.

16. Sinds ultimo december 2014 gebruik ik Acenocoumarol ná een dubbele longembolie. Omdat ik eerder tromboseklachten had in beide benen heeft de longarts dit medicijn permanent voorgeschreven. Geeft langdurig gebruik van Acenocoumarol nadelige of zelfs schadelijke effecten? Wat gebeurt er als het omslagpunt wordt bereikt en er meer onderhuidse of inwendige bloedingen plaatsvinden dan verwacht? Is er dan een alternatief voor het gebruik van Acenocoumarol?

Antwoord: Acenocoumarol wordt al heel lang voorgeschreven en grote nadelige effecten zijn er niet. Recent is er aandacht ontstaan of er mogelijk een verband kan zijn met een hogere kans op artrose, maar dat is nog onzeker op dit moment. Alternatieven zijn er zeker, dit zijn de direct werkende orale anticoagulantia (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban).

17. Kan standaard te dik bloed (factor Leiden) ook worden behandeld met de nieuwe medicijnen?

Antwoord: Als u doelt op direct werkende orale anticoagulantia, dan is het antwoord hierop: 'ja, dat kan'.

18. Ondanks een goede instelling met Acenocoumarol heb ik toch een longembolie opgelopen. Hoe kan dit? Ik heb een poging gedaan over te stappen op Edoxaban. Echter mijn leverenzymen liepen helemaal uit de hand (misselijk, overgeven). Ik ben toen teruggegaan naar Acenocoumarol.

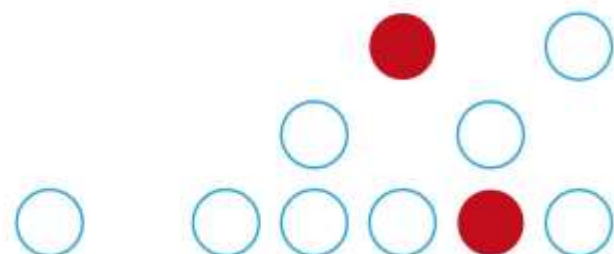
Antwoord: Het is lastig om zo op afstand een antwoord te geven waarom de longembolie bij u is ontstaan. Stijging van leverenzymen zoals u dat beschrijft zijn zeldzaam en treden op bij 0,1 tot 1,0% van de patiënten die edoxaban gebruiken.

19. Is het risico door het stoppen met bloedverdunners i.v.m. een chirurgische ingreep te verminderen? Mijn vrouw heeft nl. dit met de dood moeten bekopen omdat zij tijdens de operatie een herseninfarct kreeg.

Antwoord: Dat is verschrikkelijk te horen! Echter, manieren om dit te voorkomen zijn er helaas niet, vrees ik. Maar dit is wel een nachtmerrie, ik denk voor elke dokter die bloedverdunners voorschrijft. Heel veel sterkte!

20. Ik heb al driemaal trombose gehad aan het been, een dubbele longembolie en een ruitembolie. Is er kans dat ik het nog vaker kan krijgen?

Antwoord: Op afstand is het moeilijk goed inschatten, maar bij uw verhaal in algemene zin is het risico op een nieuwe embolie inderdaad verhoogd. In dat soort gevallen schrijven we vaak voor langere tijd antistollingsmedicatie voor.



21. Ik heb jaren geleden een trombosebeen gehad. Nadat ik een tijd tromboseprikken heb gehad en een steunkous gedragen heb, werd ik ineens genezen verklaard. Ik ben altijd bang dat het terug komt. Kunnen ze met bloedafname zien of je trombose hebt?

Een bloedafname is niet geschikt om aan te tonen dat iemand een actieve trombose heeft. Wel kan in sommige gevallen een verhoogd D-dimeer een aanwijzing zijn dat er mogelijk trombose is. Zomaar een D-dimeer prikken in afwezigheid van klachten, heeft weinig zin.

De vraag is eigenlijk hoe groot is de kans op weer een trombose? Dat hangt af van het type trombose: was het een spontane trombose of een 'uitgelokte' trombose. Bij de laatste denken we aan bedlegerigheid of lange vliegreis. In dat laatste geval is de antistollingsbehandeling van korte duur. In de situatie van een spontane trombose wordt de medicatie langer voorgeschreven. Vaak gaat dit gepaard met een goede afweging van de voor- en nadelen van het gebruik van deze medicatie (het zg. weegconsult). Bij mannen is het risico dat er weer een trombose optreedt wat hoger dan bij vrouwen.

In het acute stadium van een trombose kan een bloedwaarde bepaald worden ter vaststelling van de diagnose. Maar veelal is een echo noodzakelijk om een trombosebeen vast te stellen en een scan in geval van een longembolie.

22. Waarom duurt het zolang voordat mijn wondjes zijn genezen soms wel half jaar?

Antwoord: Daar kunnen verschillende redenen voor zijn; bijvoorbeeld een gevoelige huid of een bacteriële infectie. Bij patiënten met suikerziekte (diabetes) kan de wondgenezing ook gestoord zijn.

23. Kan ik Acenocoumarol doorgebruiken tijdens een evt. zwangerschap?

Antwoord: In het begin van een zwangerschap (in ieder geval tot 12 weken) kan dat zeker niet, en ook daarna wordt er vaak gekozen voor een alternatief in de vorm van injecties laagmoleculair gewichtsheparine.

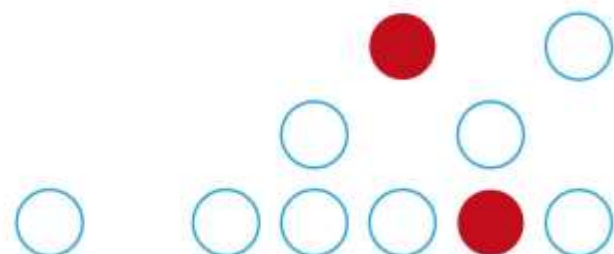
24. Ik heb een proteïne S deficiëntie en twee keer een DVT gehad in mijn been. Wat zijn de risico's bij een zwangerschap en kan ik deze deficiëntie overdragen aan mijn kindje?

Antwoord: Het is goed om dit te overleggen met uw verloskundige zodra uw zwanger bent. Vaak wordt gekozen voor injecties met laagmoleculair gewichtsheparine uit voorzorg. Een proteïne S deficiëntie is doorgaans erfelijk overdraagbaar; vanaf afstand is moeilijk met zekerheid te zeggen hoe dat in uw situatie is. Goed om dit te bespreken met uw huisarts.

25. Kan trombose komen door lang pilgebruik? Vanuit het ziekenhuis zeiden ze dat dat alleen voorkomt in het eerste half jaar als je met de pil begint? Kan je trombose van de pil krijgen bij langdurig gebruik?

Het risico op het krijgen van trombose is het grootst op het moment dat vrouwen net zijn gestart met de pil. Het risico wordt kleiner naarmate men langer de pil gebruikt maar het wordt nooit nul. Zeker moet men niet ook nog roken in combinatie met de pilgebruik. De combinatie pil en Factor V Leiden is echt kritisch en kan dodelijk genoemd worden. Een spiraal geeft geen tromboserisico.

Als je trombose krijgt en je gebruikt de pil moet je daar dan acuut mee stoppen? Nee. Alleen zodra je met de antistollingsmedicijnen stopt is het advies om een maand voorafgaand daaraan wel met de pil te stoppen.



26. Hoe verhouden de kosten zich van bijv. Fenprocoumon t.o.v. DOAC en hoe gaat zich dat in de toekomst ontwikkelen? Ondanks trombose dienst en medicijnen blijf ik jaarlijks onder het eigen risico bedrag; als ik zou overstappen ben ik duurder uit.

Antwoord: Dat kan inderdaad het geval zijn, zeker als u heel stabiel bent ingesteld op Fenprocoumon. In dat geval zijn ook weinig INR controles nodig en is de trombose zorg door de trombose dienst inderdaad goedkoper dan DOAC gebruik. Dit zal in de (nabije) toekomst veranderen als DOAC's 'van patent' gaan. Dan kan elke farmaceutische fabriek ze maken en worden geneesmiddelen vaak goedkoper. Dat geldt al jaren voor Fenprocoumon gebruik.

27. Eén op de vier mensen overlijdt aan de gevolgen van trombose: betekent dat ook dat één op de vier trombosepatiënten daaraan overlijdt?

Antwoord: Nee, dat betekent dat zeker niet. Trombose is gelukkig goed te behandelen. De eerste stelling betekent dat van alle sterfgevallen in Nederland bij één op de vier patiënten de oorzaak lag bij trombose.

28. Is trombose ook tegen te gaan met natuurproducten of alleen met medicatie?

Er zijn geen natuurproducten die trombose tegen kunnen gaan. Er zijn wel een aantal dingen die u zelf kunt doen om trombose te voorkomen.

Stop om de twee uur tijdens een lange bus- of autoreis om even de benen te strekken. Tijdens een lange vliegreis is het raadzaam om regelmatig te bewegen. Drink ruim water, gebruik weinig alcohol en koffie en geen slaapmiddelen. Gebruik eventueel steunkousen in overleg met uw arts. Stop met roken want roken geeft een hoger risico op trombose. Leef en eet gezond. Mensen met overgewicht hebben een grotere kans op trombose. Het tromboserisico neemt toe met de leeftijd. Vrouwen > 40 jaar die de anticonceptiepil gebruiken hebben een hoger risico op trombose en zouden dit met hun huisarts moeten heroverwegen.

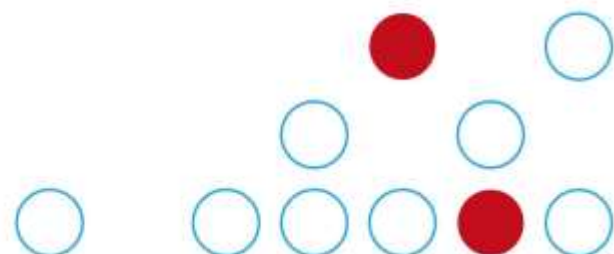
Bij patiënten, die immobiel zijn (bedlegerig) na een grote operatie, wordt preventief medicatie in de vorm van heparine spuitjes (LMWH) subcutaan voorgeschreven ter voorkoming van trombose.

29. Na ziekenhuisopname wegens longembolie heeft de arts lange elastische steunkousen laten aanmeten. Bij een laatste controlebezoek aan de cardioloog vroeg ik hoe lang ik deze kousen moet dragen. Het antwoord was onduidelijk. Ik nam aan dat het geen doodsoorzaak zou kunnen zijn om ze uit te laten. Maar dat was niet zo, want mijn enkels zwollen op. Ik draag nu weer die lange kousen die bij de enkels strakker dan om het been zijn. De vraag is nu, ben ik veroordeeld tot het levenslang dragen van die kousen?

Antwoord: Men draagt een steunkous na trombose van het been om het risico op een zgn. post trombotisch syndroom (PTS) te verkleinen. Bij ongeveer 50% van de patiënten kan dit optreden doordat de kleppen in de aderen niet meer goed functioneren waardoor het bloed gemakkelijk kan terugstromen. Hierdoor kunnen beenklachten met kramp, jeuk, tintelingen en een vermoeid gevoel ontstaan, vochtophoping (oedeem) die meestal toeneemt in de loop van de dag, eczeem, spataderen, verkleuring van de huid en soms moeilijk genezende wonden (open been). Het advies is om een steunkous zes maanden tot twee jaar (afhankelijk van tekenen van PTS) te dragen, na iedere trombose (ook bij de eerste maal), liefst met drukklasse 3. Een kous tot de knie volstaat bijna altijd, ook bij een hoge trombose van het been.

30. Ik heb sinds twee september een trombosebeen. Nu is het zo dat ik al die tijd een kous heb van het ziekenhuis. Volgens het ziekenhuis had ik na één week al een aangemeten kous moeten hebben. Kan dit kwaad?

Antwoord: Nee, het is wel belangrijk de kous vanaf nu in ieder geval zes maanden te dragen. In overleg met uw arts kan daarna bekeken worden of de kous gecontinueerd dient te worden gedurende in totaal twee jaar.



31. Ik heb sinds 1984 chronische embolieën en slik al 37 jaar Marcoumar. Nu heeft mijn longspecialist mij jaren geleden geadviseerd om te stoppen met de antistolling vanwege kans op een hersenbloeding. Is dit de reden dat de INR-waarde kort geleden verlaagd is? Ik zou willen stoppen op 73 jarige leeftijd. Zou dat kunnen?

Antwoord: Bij het stoppen van antistollingsmedicatie moet het bloedingsrisico van de medicatie afgewogen worden tegen het risico op een herhaling van de trombo-embolie als de antistollingsmedicatie gestopt is. U kunt dit het beste bespreken met de arts die de antistollingsmedicatie destijds heeft voorgeschreven.

32. In ons gezin hebben alle vier mannen (zonen) trombose gekregen. De vrouwen niet. Er zou geen erfelijke factor spelen, maar het is wel markant. Ik ben onderzocht op de Factor V Leiden. Dat was niet van toepassing. Er is toch een kleine zorg dat de volgende generatie een grotere kans heeft. In hoeverre zijn er ontwikkelingen voor verder onderzoek?

Antwoord: Inderdaad markant. Het is niet duidelijk of alle erfelijke trombofilie-factoren zijn onderzocht, zoals Factor V Leiden, factor II (protrombine) mutatie, antitrombine deficiëntie, factor C deficiëntie en factor S deficiëntie. In bijvoorbeeld UMC Groningen onderzoekt men of de bloedstolling bij mensen met erfelijke trombofilie weer in balans kan komen.

33. Fietsen: Is lange afstand (50km) fietsen te veel van het goede?

Antwoord: Sporten is goed. Voorzichtigheid is echter geboden bij alle sporten met een verhoogd risico op een ongeval. Contactsporten zoals voetballen, boksen en judo zijn gecontra-indiceerd.

34. Er wordt de laatste tijd veel gesproken over tekorten van medicijnen in Nederland. Zijn er ook bepaalde trombosemedicijnen waar tekorten van zijn?

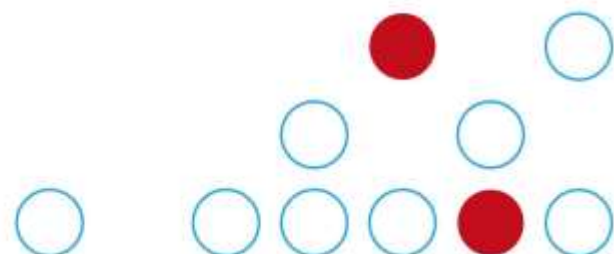
Antwoord: Tekorten ontstaan door problemen met productie, distributie en kwaliteit. Recent was er een tekort aan Fenprocoumon, als alternatief bood de apotheker haar klanten marcoumar aan omdat het dezelfde werkzame stof heeft. Toch kan dit voor sommige patiënten best vervelend zijn

35. Masseren: Mag je een trombosebeen laten masseren, of is dat niet goed?

Antwoord: Hierbij spelen meerdere aspecten een rol. In theorie kan een bloedstolsel in het been door massage losschieten, maar dit kan ook spontaan gebeuren. Aan de andere kant kun je iemand met een trombosebeen wel een rug-massage geven. Verder kunnen stevige massages onverhoopt kleine verwondingen veroorzaken in de spieren en gewrichten, waardoor er interne bloedinkjes kunnen ontstaan. Mensen die een antistollingsmiddel gebruiken zijn gevoeliger voor deze interne bloedingen en blauwe plekken. Stem een massage van te voren af met uw behandelend arts.

36. Bij lange vlieguren bestaat een verhoogde kans op trombose, doordat je lang stil zit. Zijn er preventieve maatregelen om dit te voorkomen?

Antwoord: Het beste is om tijdens een vliegreis te bewegen. Drink ruim water. Gebruik weinig alcohol en weinig koffie. Gebruik geen slaapmiddelen. Draag geen strakke kleding en trek eventueel uw schoenen uit. Gebruik alleen steunkousen in overleg met uw arts. Zelf aangeschafte steunkousen kunnen trombose in de hand werken als deze te strak zitten of ze werken niet als ze te los zitten. Wie al een keer een trombosebeen heeft gehad, kan met de huisarts overleggen over spuitjes/tabletten met een lage dosering antistolling.



37. Voeding: Heeft de voeding ook invloed op de bloedwaarde? Bij welk voedsel wordt de INR minder? Bij welk voedsel, groente wordt de bloedwaarde hoger? Is er al onderzoek gedaan naar de voeding? Is voeding en alcohol van invloed tijdens gebruik antistolling?

Antwoord: Bepaalde stollingsfactoren worden in de lever gemaakt met behulp van vitamine K. Acenocoumarol of Fenprocoumon nemen de plaats in van vitamine K maar maken zelf geen stollingsfactoren, hierdoor stolt het bloed minder snel.

In groene groentes (sla, broccoli, spinazie) zit veel vitamine K en ook in koolsoorten (spitskool en bloemkool). Wanneer men veel hiervan eet dan daalt de INR-waarde. Tomaten, komkommer, pepers en aardappelen bevatten juist weinig vitamine K. Ook een vetarm dieet beïnvloedt de antistolling omdat het lichaam alleen vitamine K opneemt in combinatie met vet. Een gebalanceerd dieet is daarom belangrijk voor een stabiele INR. Alcohol in een lage dosis (consumpties per dag) zal bij normale leverfuncties geen verandering van de INR tot gevolg hebben. Chronisch gebruik van grote hoeveelheden alcohol echter kan leverfunctie stoornissen veroorzaken en daardoor de aanmaak van stollingsfactoren en dus de INR-waarde beïnvloeden. Ook een eenmalig gebruik van een grote hoeveelheid alcohol kan de INR ontregelen.

38. Mijn moeder heeft een bloedziekte en trombosebeen en er werd toen gezegd dat ze geen groene thee en rode wijn mag drinken. Wat is de reden hiervan?

Antwoord: Ik weet niet welke bloedziekte uw moeder heeft, en wat voor behandeling zij hiervoor krijgt. Met betrekking tot het trombosebeen ga ik er vanuit dat uw moeder Acenocoumarol of Fenprocoumon gebruikt. Groene thee bevat onder andere vitamine K. Vitamine K is nodig voor de productie van stollingsfactoren in de lever. Acenocoumarol of Fenprocoumon nemen de plaats in van vitamine K, maar maken zelf geen stollingsfactoren, hierdoor stolt het bloed minder snel. Wanneer iemand heel veel groene thee drinkt kan dit dus indirect de INR-waarde beïnvloeden. Grote hoeveelheden alcohol verstoren de werking van de lever en de aanmaak van stollingsfactoren in de lever, waardoor er een verhoogde bloedingsneiging kan ontstaan.

