

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing	
Het trombosebeen	437
Het kleuterdagverblijf	440
Praktijkverkleining	441

## Het trombosebeen

*Thrombophlebitis superficialis* en *diepe veneuze trombose* zijn twee van elkaar verschillende vormen van veneuze trombose, die echter nogal eens met elkaar worden verward. *Thrombophlebitis superficialis* is een typisch huisartsgeneeskundige aandoening, dat wil zeggen dat huisartsen relatief vaak met deze vorm van veneuze trombose worden geconfronteerd. Diepe veneuze trombose komt veel minder voor: op elke tien gevallen van *thrombophlebitis superficialis* wordt slechts één geval van diepe veneuze trombose vastgesteld, zo blijkt uit de gegevens van de Continue Morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

*Thrombophlebitis superficialis* en diepe veneuze trombose worden in mijn leerboek onder één noemer behandeld, hoewel het klinische beeld, de mogelijke complicaties en de wijze van behandeling een duidelijk onderscheid mogelijk en noodzakelijk maken. Een en ander heeft directe consequenties voor het handelen van de huisarts, omdat een onjuiste diagnostische en therapeutische benadering schadelijke gevolgen kan hebben voor de patiënt.

### Thrombophlebitis superficialis

Oppervlakkige *thrombophlebitis* is een plaatselijke ontsteking in een ader, meestal een spatader. Het is een lokaal proces dat klinisch imponeert als een ontsteking. Hoewel de klassieke ontstekingsverschijnselen – rubor, tumor, color en dolor – aanwezig zijn, berust deze „ontsteking” niet op infectie met micro-organismen, maar gaat het om een aseptisch proces.

Meestal is er geen of slechts een lichte verhoging van de lichaamstemperatuur, terwijl slechts een lichte polsversnelling kan optreden. Het proces

blijft meestal gelokaliseerd, maar kan zich per continuïtatem uitbreiden. Hoewel een plaatselijke trombose in de desbetreffende varix optreedt, geeft dit slechts zeer zelden aanleiding tot embolieën. Anticoagulantia dienen in de regel niet te worden toegepast evenmin

PROF. DR. F. J. A. HUYGEN\*

als bedrust. Dit laatste is zelfs ongewenst. Het is beter om deze patiënten te laten doorlopen met een comprimerend verband. Is er erg veel pijn dan kan men een nat verband toepassen en tijdelijk wat rust voorschrijven.

De beste behandeling bestaat uit excisie van de thrombus onder plaatselijke anesthesie. Dit is een eenvoudige ingreep, die onmiddellijke verlichting geeft. Het is dezelfde therapie als men bij hemorroiden toepast wanneer daarin een trombose is opgetreden. Medicamentus kan men een salicylpreparaat (bijvoorbeeld in de vorm van Ascal) toedienen. Fenylobutazon (= Butazolidine®) heeft een gunstig effect, maar is geen onschuldig geneesmiddel en het is de vraag of een op zich vrij onschuldige aandoening een dergelijk medicament met gevaarlijke bijwerkingen rechtvaardigt. Sommigen passen lokaal hirudine bevattende zalven toe,

maar het is de vraag of dit een rationele therapie is.\*\*

Onder invloed van het ziekteproces treedt een obliteratie van de spatader op, hetgeen dus eigenlijk een vorm van zelfgenezing inhoudt. Anders dan bij de diepe veneuze trombose zijn de gevolgen van de *thrombophlebitis superficialis* daarom ook gunstig.

Een bijzondere vorm van deze aandoening is de *thrombophlebitis migrans*. Hierbij kruipt het proces steeds verder en treden na elkaar op verschillende plaatsen soortgelijke „ontstekingen” op. Bij dit ziektebeeld moet men met name bij vrouwen rekening houden met een carcinoom elders in het lichaam. Bij mannen zij men verdacht op de ziekte van Bürger (= thrombangiitis obliterans).

*Thrombophlebitis superficialis* is een in de huisartspraktijk vrij frequent voorkomende ziekte. De incidentie (het aantal nieuwe gevallen per jaar) is drie per duizend patiënten. Een en ander betekent, dat in een huisartspraktijk gemiddeld per jaar tien gevallen ter behandeling komen. *Thrombophlebitis superficialis* komt bij vrouwen veel vaker voor dan bij mannen, hetgeen samenhangt met de grotere frequentie van varices bij vrouwen.

De etiologie van deze „ontstekingachtige” aandoening is niet geheel duidelijk. Waarschijnlijk speelt stase een belangrijke rol, maar herhaaldelijk ziet men een dergelijke *thrombophlebitis superficialis* ook optreden na een lokaal trauma. Ook in het kraambed en bij bedrust en bijvoorbeeld na een operatie, ziet men dergelijke „ontstekingen” in varices optreden.

Zoals de naam reeds zegt, komt *thrombophlebitis superficialis* praktisch alleen voor in oppervlakkige venen. Het is een plaatselijk en subcutaan palpabel proces, met een zeer typisch beeld dat de huisarts gemakkelijk zal herkennen. Antibiotica (en zoals reeds is opgemerkt anticoagulantia), die dikwijls worden toegepast, zijn niet geïndiceerd doch eerder gecontraïndiceerd wegens de bijwerkingen. Zij zijn niet effectief bij de behandeling van deze aandoening.

\* Huisarts te Lent.

\*\* Mehta e.a. toonden wel in een dubbelblind prospectief onderzoek aan dat heparinoïdcrème lokaal gunstig werkte bij patiënten met *thrombophlebitis* na langdurige intraveneuze infusen.

## Diepe veneuze trombose

Deze aandoening wordt ook wel flebotrombose genoemd, om te doen uitkomen dat in dit geval ontsteking niet op de voorgrond staat. Bij deze ziekte treedt een trombose op in de diepe grote venen. Vroeger gold als typisch voorbeeld het dikke, witte, pijnlijke been dat men herhaaldelijk in het kraambed zag, de „flegmasia alba dolens”, ook wel „kraambeen” genaamd. Thans is bekend dat een dergelijk ziektebeeld pas optreedt wanneer de trombose is voortgeschreden tot in de vena femoralis. Met onze diagnostiek zijn wij dan ook eigenlijk te laat. Voor een doeltreffende behandeling zou men eerder moeten kunnen ingrijpen.

Temperatuursverhoging of polsversnelling bij iemand die bedrust moet houden, bijvoorbeeld na een fractuur of na een bevalling, wijst op de mogelijkheid van diepe veneuze trombose.

Indien dit proces klinisch manifest wordt, treedt een vage pijn op in het onderbeen, met name in de kuit en soms in de voet. Voorts wordt drukpijn in de kuit aangegeven. Ook als de voet – met het been gestrekt – achterover wordt gebogen, treedt pijn op in de kuit. Dit is het zogenaamde symptoom van Homan\*. Het been kan aanvankelijk wat warmer zijn dan het andere, maar het wordt spoedig juist kouder; men kan dit dikwijls het beste voelen aan de voeten. Zet het proces zich voort, dan treedt een oedeem op, aanvankelijk alleen van het onderbeen, later ook van het bovenbeen. De kleur van het been is in het begin cyanotisch. De vena femoralis is herhaaldelijk drukgevoelig. Het nauwkeurig meten van de omvang van de kuit, waarbij men het linker- en rechterbeen vergelijkt, kan een hulpmiddel zijn bij de diagnostiek.

Bij diepe veneuze trombose is er groot gevaar voor het optreden van longembolie. Deze embolieën treden vooral op in het begin, voordat de eigenlijke verschijnselen van het trombosebeen klinisch manifest worden. Is het been oedemateus en bleek geworden, dan betekent dat in het algemeen dat de thrombus goed vastzit aan de wand van het vat en het gehele vat zodanig heeft afgesloten, dat het gevaar voor embolieën geringer is geworden.

\* Als dit symptoom positief is betekent dit een ondersteuning van de diagnose. Afwezigheid mag echter beslist niet doen besluiten tot het verwerpen van de diagnose, daar het symptoom van Homan slechts bij ongeveer 10 procent van de patiënten met trombose positief is.

De incidentie van het klinisch manifeste trombosebeen is circa 0,5 per duizend patiënten per jaar en is dus aanzienlijk geringer dan van thrombophlebitis superficialis. Dit betekent dat een huisarts met een gemiddelde praktijkomvang slechts ongeveer één geval per jaar zal zien. Vroeger kwam het trombosebeen veel vaker voor en was de incidentie één op honderd operaties of op honderd kraambedden. Na een sectio caesarea was de frequentie ongeveer 4 procent en bij een hoge tangverlossing liep dit op tot 18 procent. Vroeger overleed één op de vier- à vijfhonderd geopereerde patiënten aan plotselinge massale longembolieën. Tegenwoordig komen klinische manifeste trombose en embolie veel minder vaak voor, onder andere door beperking van de bedrust en door het veelvuldig profylactisch toepassen van anticoagulantia.

Moderne onderzoeksmethoden hebben overigens aangetoond dat er zeer veel subklinische gevallen van diepe veneuze trombose voorkomen. Hierbij blijkt duidelijk sprake van een ijsberg-fenomeen: de klinisch manifeste gevallen zijn slechts het topje van een zeer veel grotere berg die onder de klinische oppervlakte blijft.

Deze ijsberg is men met name op het spoor gekomen door toepassing van radioactief gelabeld fibrinogeen, waarvan men de opname in stolsels kan meten door uitwendige scanning. Hetzelfde is mogelijk door de toepassing van met radioactief technetium gelabelde urokinase. Urokinase is een fibrinolytisch enzym dat gevonden wordt in menselijke urine en dat een directe activator van plasminogeen is. Het wordt tijdens de stolling opgenomen in de fibrinmatrix en is uitwendig te meten via scanning indien het radioactief gelabeld wordt. Ook met behulp van flebografie kan men trombose op het spoor komen. Bij toepassing van deze nieuwe radioactieve methoden is gebleken, dat bij 20 tot 40 procent van de operaties post-operatief diepe veneuze trombose optreedt. Dit proces begint perifeer in de kleine aderen van voet en kuit en verplaatst zich in de richting van het centrum. De thrombi groeien geleidelijk aan, waarbij hele slierten los in de venen kunnen fladderen. Juist deze losse slierten kunnen afbreken en dan aanleiding geven tot embolieën.

De oorzaak van het optreden van diepe veneuze trombose is niet eenduidig maar zeer complex. Het is bekend dat

er een aantal bevorderende factoren zijn. Het is gebruikelijk deze in te delen volgens de trias van Virchow:

*Veranderingen in de samenstelling van het bloed.* Zowel bij anemie als bij polycytemie komt trombose relatief vaak voor, terwijl ook bij uitdrogingstoestanden die aanleiding geven tot dehydratie trombose tamelijk vaak wordt gezien. Het is duidelijk dat een verhoogd gehalte aan fibrinogeen en trombokinase aanleiding kunnen zijn tot het optreden van trombose. De bevorderende invloed van vrouwelijke geslachtshormonen (zowel natuurlijke als kunstmatige, die bij hormonale anticonceptie worden gebruikt) verloopt waarschijnlijk via verandering van de bloedsamenstelling.

*Verlangzaming van de bloedstroom.* Dit treedt vooral op bij bedrust maar ook bij lang zitten zoals dat gebeurt bij verre auto- en vliegreizen. Ook in varices treedt verlangzaming van de bloedstroom op. Knellende verbanden en kniekousen belemmeren de terugstroom en bergen dus het gevaar van trombose in zich. Een opgezette buik door gassen, ascites of zwangerschap belemmert eveneens de veneuze terugvloed. Hetzelfde geldt voor een strak aangelegd sluitlaken. Ook een oppervlakkige ademhaling heeft een verlangzaming van de bloedstroom tengevolge, daar minder bloed naar het hart wordt aangezogen. Vooral mensen die passief en apathisch te bed liggen vertonen een verlangzaming van de bloedstroom.

*Beschadiging van het endotheel.* Dit kan optreden door druk (bijvoorbeeld in de kuit bij bedrust) en door traumata. Bij fracturen, operaties en dergelijke gevallen ziet men hierdoor soms trombose optreden. Ook door injecties kan het endotheel beschadigd worden, evenals door contact van het endotheel met chemicaliën, bijvoorbeeld bij intraveneuze injecties.

Een andere praedisponerende factor is de leeftijd. Vooral boven het veertigste jaar neemt de frequentie van het optreden van trombose toe. Trombose ziet men verder vaak optreden bij carcinoompatiënten en bij alle patiënten die in een slechte algemene toestand verkeren. Adipositas bevordert het optreden van trombose, terwijl bekend is dat er families zijn met een duidelijke familiale dispositie. Iemand die eenmaal een trombose heeft gehad blijkt

een grotere kans te hebben op het recidiveren van deze aandoening.

Na operaties bestaat altijd gevaar voor trombose. Bijzonder gevaarlijk zijn operaties in het kleine bekken, zoals gynaecologische operaties en prostaatoperaties. Echter ook andere buikoperaties zoals cholecystectomie, zijn in deze min of meer berucht. Tenslotte is algemeen bekend, dat de kraamperiode predisponeert voor het optreden van diepe veneuze trombose.

## Behandeling

Wanneer diepe veneuze trombose wordt gediagnostiseerd en zelfs wanneer aan de mogelijkheid hiervan wordt gedacht, moet onmiddellijk rust worden gehouden, met het been hoog om embolieën te voorkomen. Zo spoedig mogelijke toediening van anticoagulantia is geïndiceerd.

Heparine werkt onmiddellijk, geeft nauwelijks gevaar voor overdosering en kan in principe zonder laboratoriumcontrole van het bloed worden toegepast. Het is echter een middel dat moet worden ingespoten, het liefst intraveneus en om de vier uur. Bij overdosering is het onmiddellijk werkzame protaminesulfaat als antidotum toe te passen. Een bezwaar van de toediening van heparine buiten de kliniek vormt de intraveneuze toepassing. Men kan echter ook een depot-therapie geven door middel van diepe subcutane of intramusculaire injecties waarop nader zal worden ingegaan bij de profylaxe. Coumarinderivaten kunnen per os worden toegediend. Deze remmen de vorming van protrombine in de lever. Het duurt dus enige dagen voordat de therapie werkzaam wordt, daar de hoeveelheid protrombine die in het bloed circuleert eerst verbruikt moet zijn. Regelmatige controle van het bloed is daarom noodzakelijk. Er bestaat hierbij een groot gevaar van overdosering. De werking en dosering is afhankelijk van de leverfuncties, terwijl er bovendien het risico is van interferentie met andere medicamenten. Het antidotum is in dit geval vitamine K1.

Het is gebruikelijk om patiënten met diepe veneuze trombose pas na ongeveer twee weken te mobiliseren. Dit mobiliseren dient geleidelijk en voorzichtig te gebeuren en men dient comprimerende verbanden toe te passen om het oedeem te verminderen en verergering bij naar beneden hangende benen te voorkomen. Na mobilisatie dient de patiënt in het algemeen nog langdu-

rig elastische kousen te dragen teneinde het been weer in de goede vorm te krijgen.

## Preventie

Preventie van diepe veneuze trombose is uiterst belangrijk gezien de gevaren van een longembolie, die dodelijk kan verlopen. Bedrust moet daarom zoveel mogelijk worden beperkt. Het is dan ook algemeen gebruikelijk geworden om patiënten zo vroeg mogelijk na bevallingen en na operaties te mobiliseren. Als toch bedrust gehouden moet worden, dienen de patiënten aangespoord te worden zoveel mogelijk actief te bewegen. Vooral beweging van voeten, kuit, knieën en heupen is daarbij erg belangrijk. Mechanische ritmische compressie van de benen, met name van de kuit, blijkt het optreden van diepe veneuze trombose te verminderen.

Door het profylactisch toedienen van anticoagulantia kan men het optreden van dodelijke longembolieën aanzienlijk reduceren. Bij een onderzoek in het Dijkzigt ziekenhuis in Rotterdam bleek dat een dodelijke longembolie postoperatief optrad bij 0,5 tot 0,6 procent van de patiënten indien geen preventieve behandeling werd toegepast. Bij profylactisch toedienen van orale anticoagulantia was dit slechts bij 0,17 procent van de geopereerde patiënten het geval.

Onderzoeksgegevens maken het wel zeker dat heparine, in lage dosis subcutaan toegediend, in deze effectiever is dan de toepassing van coumarinderivaten.

Van Vroonhoven *e.a.* vonden bijvoorbeeld bij een „controlled clinical trial” bij slechts 2 procent van de patiënten bij wie heparine was toegepast, trombose, terwijl dat bij de patiënten aan wie coumarine was toegediend, 18 procent was. De waarde van heparine-profylaxe is door vele onderzoekers bevestigd (Van Vroonhoven 1976).

*Samenvatting. Thrombophlebitis superficialis is een frequent voorkomende, in de regel onschuldige aandoening. De behandeling is betrekkelijk eenvoudig en de risico's zijn gering. De diepe veneuze trombose daarentegen, hoewel aanzienlijk minder frequent, vormt een directe bedreiging voor de patiënt door de kans op soms dodelijk verlopende longembolieën.*

*Het toedienen van anticoagulantia bij thrombophlebitis superficialis geeft het onnodige risico van bloedingen. Het*

*verzuimen van een adequate antistolling bij diepe veneuze trombose verhoogt het risico van longembolie. Het is voor de huisarts van groot belang deze beide vormen van veneuze trombose van elkaar te onderscheiden en zijn diagnostisch en therapeutisch handelen hierop af te stemmen.*

*In het bovenstaande is niet gesproken over arteriële afsluiting in het been. Dat geeft een geheel ander ziektebeeld. Het begin is peracuut, de pijn is veel heftiger, de omvang van het onderbeen neemt niet toe, het been is bleker en de perifere arteriële pulsaties zijn afwezig.*

*Summary. The thrombotic leg. Superficial thrombophlebitis is a common and usually harmless condition. Its treatment is relatively simple and the risks entailed are small. Deep venous thrombosis, however, although it is significantly less common, is a direct threat to the patient because it entails a risk of pulmonary embolism which may lead to a fatal issue.*

*Anticoagulant medication creates an unnecessary risk of haemorrhage in superficial thrombophlebitis. In deep venous thrombosis, however, the omission of adequate anticoagulant therapy increases the risk of pulmonary embolism. It is of great importance that the general practitioner differentiates between these two types of venous thrombosis and determines his diagnostic and therapeutic approach accordingly.*

*No mention has so far been made of arterial occlusion in the leg, which produces quite different symptoms. Its onset is peracute and the pain is much more intensive; the circumference of the lower leg is not increased, but the leg is pale and peripheral arterial pulsations are absent.*

Huygen, F. J. A. en B. G. W. Schreurs. Huisarts en wijkverpleegster. Proefneming met een eenvoudig gezamenlijk te verrichten bejaardenonderzoek. (1972) huisarts en wetenschap 15, 41-46.  
Mehta, P. P., S. Sagar en V. V. Kakkar. Treatment of superficial thrombophlebitis: a randomized double-blind trial of heparinoid cream. (1975) Brit. med. J. I, 614-616.

Vroonhoven, Th. J. M. V. van. Lage doses subcutaan toegediende heparine als trombose-profylaxe in de chirurgie. (1976) Ned. T. Geneesk. 120, 159-163.

Vroonhoven, Th. J. M. V. van, J. van Zijl and M. Muller. Low-dose subcutaneous heparin versus oral anticoagulants in the prevention of post-operative deep-venous thrombosis. (1974) *Lancet* I, 375-378.

### **Bijlage: Een familiegeschiedenis**

Als illustratie van het voorafgaande volgt hier een familiegeschiedenis die ik in mijn praktijk meemaakte en in colleges demonstreerde.

Mevrouw A. was 68 jaar toen de wijkverpleegkundige bij het door ons geregeld verrichte periodieke onderzoek (zie *Huygen* en *Schreurs*) een glucosurie van 4 procent en tekenen van een urineweginfectie vond. Zij bleek inderdaad diabetes mellitus te hebben, want haar bloedsuiker was flink verhoogd. De urineweginfectie verdween met sulfatherapie en de diabetes bij deze adipeuze vrouw was met dieet goed te regelen.

Drie jaar later spoorde de wijkverpleegkundige glucosurie en tekenen van een urineweginfectie op bij haar toen 81-jarige echtgenoot. Bij rectaal toucher vond ik een harde prostaat. Het gehalte van het serum aan zure posfatase en de prostaatfractie waren verhoogd.

Kort daarop kreeg de man een acute urineretentie, waardoor hij verwezen moest worden. De uroloog gaf hem een verblijfs catheter en begon een kuur met stilbestrol. Bij de latere operatie vond hij inderdaad maligne prostaathypertrofie.

Op de eerste dag na thuiskomst van de man uit het ziekenhuis werd ik geroepen omdat zijn linker onderbeen pijnlijk en sterk gezwollen was. Het been bleek oedemateus, de kuit was drukpijnlijk en er was een streng in de liesvenen te voelen. Bij navraag bleek dat de patiënt dit alles reeds in het (academische) ziekenhuis had bemerkt, maar daarover had gezwegen omdat hij vreesde anders langer in het ziekenhuis te moeten blijven. De diagnose diepe veneuze trombose was gemakkelijk te stellen. Met anticoagulantia en een elastieke kous is de patiënt voorspoedig hersteld. Hij ontwikkelde wel varices aan het linkerbeen.

Twee jaar later had deze patiënt last van pijn aan de binnenzijde van het linker bovenbeen. Aldaar was een duidelijke streng in een varix te voelen, die rood en drukpijnlijk was. De diagnose werd gesteld op thrombophlebitis su-

(1979) huisarts en wetenschap 22, 440

## Het medisch kleuterdagverblijf (M.K.D.)

Naar aanleiding van het vijfenzeventigjarig bestaan van het M.K.D. „Kleuterzorg” te Arnhem is onlangs een symposium gehouden, dat is bezocht door de commissie Verloskunde en Jeugdgezondheidszorg van de L.H.V. Aangezien de plaats van het M.K.D. in het totaal van onze gezondheidszorgvoorzieningen bij de meeste huisartsen nog onbekend is, wordt hier een en ander vermeld.

### **Kenmerken**

De kenmerken van een medisch kleuterdagverblijf zijn de volgende. De leeftijd van de opgenomen patiëntjes ligt tussen de anderhalf en zes jaar (kleuterleeftijd); alleen bij uitzondering vallen patiëntjes buiten deze leeftijds-grenzen. De problemen zijn vaak langdurig, ernstig en gemengd van aard; ze zijn te onderscheiden in vier groepen:

- lichamelijke stoornissen;
- ontwikkelingsstoornissen;
- gedragsafwijkingen;
- belastende milieusituaties.

Enkelvoudige problemen horen niet op een M.K.D. thuis; hiervoor kunnen andere instanties fungeren, zoals M.O.B., J.P.D. en pediatrie poliklinieken. Het aantal mogelijkheden op dit terrein is echter nog te beperkt.

Er wordt binnen het M.K.D. multidisciplinaire, integrale zorg verleend. Binnen een M.K.D. werken samen:

- kinderarts, eventueel algemeen arts;

- psychotherapeut;
- maatschappelijk werker;
- pedagoog;
- bewegingstherapeut;
- logopediste;
- fysiotherapeut;
- groepsleiders (sters);
- groepstherapeuten.

Opname in een M.K.D. betekent een dagbehandeling: het kind verblijft alleen overdag in het M.K.D. en keert 's avonds weer gewoon terug naar huis. Medewerking van de zijde van de ouders is dan ook onontbeerlijk. Doordat het kind 's avonds in de thuissituatie terugkeert, treedt een voortdurende wisselwerking op tussen het kind, dat verandert, en de ouders. De ouders kunnen hierdoor meegroeien tijdens de behandeling: dit voorkomt vervreemdingseffecten tussen ouders en kind in tegenstelling tot wat bij klinische behandeling gebeurt. Ook kan door deze wisselwerking de aandacht gevestigd worden op de problemen van de ouders thuis.

De gemiddelde opnameduur is eenentwintig maanden. Hieruit blijkt de langdurige problematiek. De kosten zijn hoog, gemiddeld f 40.000,- per kind. De M.K.D.'s vallen onder de A.W.B.Z.

### **Verwijzing**

Verwijzing dient tijdig plaats te vinden, op een moment dat het gezin er opti-

perficialis en de patiënt kreeg ascal voorgeschreven.

Bij dit echtpaar woonde een 25-jarige kleindochter in, die in het jaar daarop zwanger werd. Zij beviel thuis van een kind van bijna 3000 g. In de placenta vond ik vele kleine infarcten, terwijl de bloeddruk in de zwangerschap steeds normaal was geweest. Elf dagen na de bevalling werd ik geroepen omdat de kleindochter pijn had in de linker zijde en schouder bij het ademhalen. Zij bleek ook wat bloed op te geven. Ondanks orale anticoagulantia voor deze longembolie, werd twee dagen later het

rechter been dik en oedemateus tot aan de lies, terwijl dit verschijnsel zich twee weken later ook rechts openbaarde.

Deze familiegeschiedenis demonstreert verschillende van de hierboven besproken predisponerende factoren voor het optreden van veneuze trombose in de benen: familiale dispositie, vrouwelijke geslachtshormonen, varices, bedrust en een maligne proces. Tevens blijkt uit de geschiedenis van de kleindochter de betrekkelijkheid van de waarde van de toediening van orale anticoagulantia.