



Nederlandse Vereniging voor Trombose en Hemostase

Nieuwsbrief

November 2017



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Aankondiging NVTH PhD Day	4
NVTH PhD Cursus	5
NVTH Symposium	7
Wereld Trombose Dag 2017	9
Toekomstige Meetings	10
Promoties	12



Inleiding

Beste NVTH-ers,

In deze laatste nieuwsbrief van 2017 kunnen we terugblikken op een geslaagd jaar voor de Trombose en Hemostase in Nederland. Zo waren er de vele bijdragen in de vorm van een poster of presentatie op de ISTH in Berlijn, waar tevens de EU Affairs Task Force haar vuurdoop beleefde. Op 13 oktober vond wederom de jaarlijkse Wereld Trombose Dag plaats, waarbij op vele plaatsen in Nederland activiteiten werden georganiseerd om aandacht te vragen voor dit belangrijke, maar in de samenleving nog steeds te onbekende probleem.

Vooruitkijkend naar het nieuwe jaar kunnen de promovendi alvast de **PhD-dag** in Utrecht (**19 januari**) en de **AIO-cursus (26-28 maart)** in hun agenda zetten. Natuurlijk zal voor alle leden het jaarlijkse NVTH-symposium weer plaatsvinden in Koudekerke, dit jaar op **28 en 29 maart**. Wij hopen jullie daar in groten getale te zien!

Met vriendelijke groet,

Namens het NVTH-bestuur,

Jessica Heijdra



NVTH PhD Day

SAVE THE DATE

19 JANUARY 2018



On January 19th 2018, the NVTH PhD-day wil take place in Utrecht. For updates on the program, follow us on Facebook: <https://www.facebook.com/groups/429171020815406/>



NVTH PhD Cursus

For information in English, please visit the 'Cursus' section at the NVTH website (<http://nvth.nl/>).

De jaarlijkse NVTH PhD cursus heeft in 2018 het thema **Veneuze Trombose** en zal gehouden worden van **maandagmiddag 26 maart t/m woensdagochtend 28 maart** in Golden Tulip Strandhotel Westduin te Koudekerke. Zowel de fundamentele als klinische aspecten van veneuze trombose zullen behandeld worden, variërend van de pathofysiologische mechanismen van de bloedstolling tot diagnose en behandeling.

De NVTH PhD Cursus is bedoeld voor promovendi werkzaam binnen het vakgebied Trombose en Hemostase. De voertaal van de cursus is Engels. Degenen die zich dit jaar voor het eerst aanmelden worden verzocht een motivatie voor deelname van max. 100 woorden aan te leveren. Dit kan via het 'NVTH Trainee Statement'; een lege template hiervoor kan worden gedownload van de registratie pagina voor de PhD Cursus. Het ingevulde formulier dient als Word-document getiteld "achternaam.doc" te worden opgeslagen en vervolgens te worden toegevoegd aan het online registratieformulier.

Men dient er rekening mee te houden dat op de maandagavond een "Next Generation Researchers" sessie plaatsvindt waarin de deelnemers gedurende enkele minuten zichzelf en de essentie van zijn/haar onderzoek zullen presenteren op maximaal drie PowerPoint slides aan zijn/haar groepje en 'master'. Een volledig programmaoverzicht van de cursus zal binnenkort worden geplaatst op de NVTH website (<http://nvth.nl/>) onder 'Cursus'.

De registratie is geopend. Aanmelden kan online via de NVTH website onder 'Cursus' en vervolgens 'Registratie'. Registreren kan **t/m 19 januari 2018**.

De kosten voor deelname aan de PhD Cursus bedragen € 290. Het verschuldigde bedrag dient overgemaakt te worden op:

IBAN: NL20RABO0158004450 (BIC: RABONL2U)

t.n.v. NVTH Symposium

o.v.v.: Cursus 2018, achternaam + initialen



Let op: In verband met een beperkt aantal plaatsen volgt er na registratie zo spoedig mogelijk bevestiging van deelname. De inschrijving is pas geldig als zowel het aanmeldingsformulier als de betaling ontvangen zijn. Aanmeldingen gedateerd na 19 januari zullen niet in behandeling worden genomen.

Belangrijk: Alle promovendi worden ingedeeld op 2-persoonskamers.

Er is één registratieformulier voor zowel de PhD cursus als het symposium; bovenaan dit formulier vindt U de optie om aan te geven voor welk event U zich wenst te registreren. Meer informatie over de symposium is te vinden onder 'Symposium' op de nvth website.

Voor informatie kunt u zich wenden tot Yvonne Souverein, secretariaat NVTH:
NVTH@lumc.nl



NVTH Symposium

For information in English, please visit the 'Symposium' section at <http://nvth.nl/>.

Het NVTH symposium zal plaatsvinden op **woensdag 28 maart en donderdag 29 maart** in Golden Tulip Strandhotel Westduin te Koudekerke, aansluitend aan de PhD Cursus. Met trots kunnen wij aankondigen dat de 'Van Creveld Lecture' zal worden gehouden door Prof. dr. Pieter Reitsma. De Keynote Lectures zullen onder meer verzorgd worden door Prof. dr. Karin Fijnvandraat, Dr. Maartje van den Biggelaar, Dr. Michiel Coppens en Dr. Coen Maas. Verder zal het symposium o.a. bestaan uit presentaties van PhD studenten en de jaarlijkse stollingsquiz. We hopen u te verwelkomen in Koudekerke!

PhD studenten die hun werk willen presenteren worden aangemoedigd een abstract (maximaal 300 woorden) in te dienen. Abstracts kunnen worden ingediend door een ingevuld abstractformulier in te sturen naar NVTHsymposium@lumc.nl. Het abstractformulier kan gedownload worden van de website. De abstract deadline is **19 januari 2018**. De voertaal van het symposium is Engels.

De registratie voor het symposium is geopend. Aanmelden kan online via de NVTH website onder 'Symposium' en vervolgens 'Registratie'. De deadline voor de pre-registratie is **19 januari 2018**; de finale registratiedeadline is **16 februari 2018**. Afmelden voor het symposium met restitutie van de registratiekosten kan tot 22 februari 2018; na deze datum wordt geen restitutie verleend.

Tarieven:

		Pre-registratie	Registratie
	<i>Accommodatie</i>	<i>19-01-2018</i>	<i>19-02-2018</i>
NVTH Lid	1 pers. kamer	€ 340	€ 395
	2 pers. kamer	€ 315	€ 370
Niet-NVTH Lid	1 pers. kamer	€ 445	€ 500
	2 pers. kamer	€ 420	€ 475

Dag-registratie: € 140 per dag



Het verschuldigde bedrag dient overgemaakt te worden naar onderstaande rekening. Bij registratie voor zowel het symposium als de PhD cursus verzoeken wij U om twee aparte betalingen te doen.

IBAN: NL20RABO0158004450 (BIC: RABONL2U)

t.n.v. NVTH Symposium

o.v.v.: Symposium 2018, achternaam + initialen

Na registratie volgt zo spoedig mogelijk bevestiging van deelname. De inschrijving is pas geldig als zowel het aanmeldingsformulier als de betaling ontvangen zijn.

Let op: Er is één registratieformulier voor zowel de PhD cursus als het symposium; bovenaan dit formulier vindt U de optie om aan te geven voor welk event U zich wenst te registreren. Om het gehele symposium bij te wonen selecteert U 'Symposium Day 1' en 'Symposium Day 2'.

In sommige instituten worden problemen ondervonden bij het openen van het registratieformulier, dit wordt veroorzaakt door de institutionele firewall. Mocht hier sprake van zijn verzoeken wij U om het via een andere internetverbinding nogmaals te proberen.

Meer informatie vindt U op de NVTH website onder 'Symposium'.

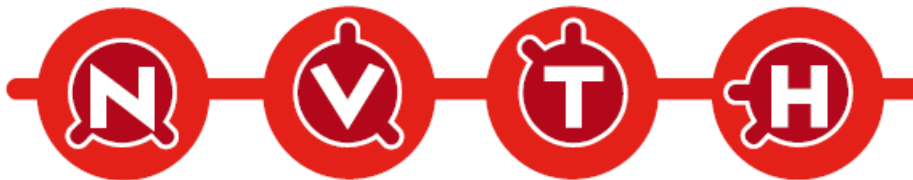


Wereld Trombose Dag

Op 13 oktober was het weer zover: Wereld Trombose Dag. Ook in Nederland vonden wederom verschillende activiteiten plaats om het grote publiek te informeren over de preventie, symptomen en behandeling van trombose.

De Wereld Trombose Dag startte om 8 uur 's ochtends in het Erasmus MC met de aftrap voor de Actie Steunkous door GTST-acteur en ambassadeur van de Trombosestichting Bartho Braat. Door de aanschaf van deze vrolijke sokken steunt u het onderzoek van Prof. Dr. Sven van IJzendoorn uit het UMCG: "Eiwitherstel voor erfelijke trombofilie". Bestellen kan nog steeds via: <https://webwinkel.trombosestichting.nl/>





Toekomstige Meetings

Meetings	Data
	8 th Rembrandt Symposium 2017 Noordwijkerhout, NL http://www.rics-nl.eu/index.php/en/
	ASH: American Society of Hematology Atlanta, USA 9-12 december 2017 www.hematology.org/annual-meeting
	EAHAD: European Association for Haemophilia and Allied Disorders Madrid, Spanje 7-9 februari 2018 www.eahad2018.com
	GTH: German Society of Thrombosis and Haemostasis Research Wenen, Oostenrijk 20-23 februari 2018 www.gth2018.org
	NVTH PhD Cursus Koudekerke, NL 26-28 maart 2018 www.nvth.nl
	NVTH Symposium Koudekerke NL 28-29 maart 2018 www.nvth.nl
	9 th Symposium on Hemostasis Chapel Hill, USA 12-14 april 2018 http://www.med.unc.edu/hemonc/TF2018
	ICTHIC Bergamo, Italië 13-15 april 2018 https://www.ictthic.com/en
	Scientific and Standardization Committee (SSC) meeting ISTH Dublin, Ierland 18-21 juli 2018 www.ssc2018.org
	Gordon Research Conference Waterville Valley, USA 29 juli – 3 aug 2018 https://www.grc.org/hemostasis-



[conference/2018/](#)

**Andere
cursussen**

Data



ECAT - De laboratoriumdiagnose van
een verlengde APTT

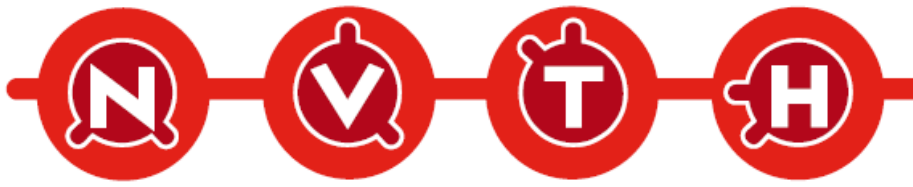
<https://clinicaleducation.nl/home/opleiding>

30 november
2017



Promoties

Suzanne Bleker	12
Jossi Biedermann	15



Naam	Suzanne Bleker
Titel	Clinical aspects of venous thromboembolism in special patient populations
Promotor	Prof. Dr. S. Middeldorp
Co-promotores	Prof. Dr. H.R. Büller, Dr. Di. Nisio
Promotie	16 november 2017, Agnietenkapel, Amsterdam

De studies beschreven in dit proefschrift richten zich op op verschillende klinische aspecten van veneuze tromboembolieën (VTE) in speciale patiënt populaties.

Deel 1: Sekse-gerelateerde VTE

In **deel 1** komen verschillende onderdelen van sekse-gerelateerde VTE aan bod, met de nadruk op zwangerschaps-gerelateerde VTE, het risico op VTE door gebruik van anticonceptiemiddelen, en het optreden van vaginale bloedingen bij het gebruik van antistollingsmiddelen. **Hoofdstuk 2** geeft een overzicht van de risicofactoren voor VTE bij vrouwen, en de interactie van deze risicofactoren met veelvoorkomende vormen van erfelijke trombofilie (genetische afwijkingen die de bloedstolling bevorderen en daardoor de kans op VTE vergroten). In **hoofdstuk 3** worden de achtergrond en de opzet van de Highlow studie besproken, een gerandomiseerde, gecontroleerde studie die onderzoekt wat de optimale dosering laag-moleculair-gewicht heparine (LMWH) is in het voorkomen van recidief VTE bij zwangeren met een VTE in de voorgeschiedenis. In **hoofdstuk 4** geven wij vervolgens een overzicht van de 181 patiënten die tussen maart 2013 en juni 2016 in de studie zijn geïncludeerd. In **hoofdstuk 5** onderzochten we vaginale bloedingen bij vrouwen met VTE die behandeld werden met twee verschillende soorten bloedverdunders: apixaban (een factor Xa [fXa] remmer) en warfarine (een vitamine K antagonist [VKA]). Onder de bloedingen die optreden bij het gebruik van apixaban, zijn relatief veel vaginale bloedingen in verhouding tot bij de bloedingen die optreden onder het gebruik van warfarine. De kenmerken en het beloop van vaginale bloedingen lijken hetzelfde te zijn bij vrouwen die apixaban en warfarine gebruiken.

Deel 2: Kanker en VTE

Deel 2 van dit proefschrift focust zich op de relatie tussen kanker en VTE.

Hoofdstuk 6 bevat een samenvatting van de huidige kennis ten aanzien van het voorkomen en behandelen van VTE bij kankerpatiënten. Bij ongeveer 1% tot 5% van alle kankerpatiënten die een CT-scan ondergaat, bijvoorbeeld voor het beoordelen van het effect van chemotherapie, wordt per toeval een longembolie gevonden. In **hoofdstuk 7** geven wij



een overzicht van de kenmerken, symptomen en prognose van een onverwacht gevonden longembolie bij kankerpatiënten. Om te onderzoeken hoe dokters wereldwijd een onverwacht gevonden longembolie bij kankerpatiënten behandelen, en wat de prognose is van zo'n longembolie, voeren wij momenteel een grote internationale studie uit. **Hoofdstuk 8** bevat een samenvatting van de 490 patiënten die tot en met juni 2016 zijn geïnccludeerd in deze studie. Hoewel de studie nog niet afgerond is, laten deze voorlopige resultaten zien dat er een relatief hoog risico bestaat op het ontwikkelen van een nieuwe VTE, maar ook op het ontwikkelen van een bloeding tijdens de antistollingsbehandeling. Het lijkt erop dat het risico op een nieuwe VTE kleiner is wanneer de onverwacht gevonden longembolie erg klein is. In **hoofdstuk 9** hebben we onderzocht hoe betrouwbaar de door de radioloog gerapporteerde exacte locatie en grootte van een onverwacht gevonden longembolie is. Wij vonden dat hoe kleiner de onverwacht gevonden longembolie is, hoe minder onafhankelijke radiologen het met elkaar eens zijn over de precieze locatie en grootte van de longembolie.

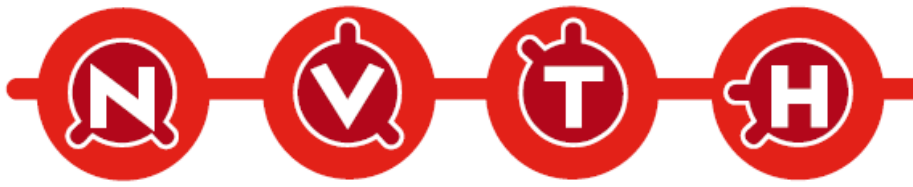
Deel 3: Armvene trombose

Verschillende aspecten van armvene trombose worden behandeld in **deel 3** van dit proefschrift. **Hoofdstuk 10** bevat een overzicht van het vóórkomen, de klinische kenmerken, risicofactoren, diagnose, behandeling en prognose van dit ziektebeeld. In **hoofdstuk 11** vatten we de huidige klinische bewijslast samen ten aanzien van de lange-termijn uitkomsten van armvene trombose (het risico op nieuwe VTE, op overlijden, en het optreden van bloedingen bij het gebruik van antistollingsmiddelen). We vonden dat de studies die verricht zijn erg van elkaar verschillen ten aanzien van studie opzet, studie populaties en behandelmethoden. Vervolgens hebben wij in **hoofdstuk 12** onderzocht hoe artsen in 16 verschillende ziekenhuizen uit 9 landen internationaal patiënten met een diepe en oppervlakkige armvene trombose behandelden. Van de patiënten met een diepe armvene trombose ontving 98% bloedverdunners en bij de patiënten met oppervlakkige armvene trombose was dit in 73% van de patiënten het geval. Daarnaast hebben we onderzocht wat de lange-termijn uitkomsten zijn voor deze patiënten, waarbij we vonden dat het risico op een nieuwe VTE laag is voor patiënten met diepe armvene trombose en verwaarloosbaar voor patiënten met oppervlakkige armvene trombose. Tenslotte bleek dat kankerpatiënten met een diepe armvene trombose wel een grotere kans lijken te hebben op het krijgen van een nieuwe VTE dan niet-kankerpatiënten. Chronische klachten van de arm, ook wel 'post-trombotische klachten' genoemd, kwamen bij beide ziektebeelden nauwelijks voor en waren vaak mild van aard.



Deel 4: Bloedingen bij het gebruik van factor Xa remmers en vitamine K antagonisten

De laatste jaren zijn fXa remmers geïntroduceerd voor onder andere de behandeling van VTE. In de AMPLIFY studie die eerder is gepubliceerd werd bewezen dat de fXa remmer apixaban even effectief is als warfarine in het voorkomen van nieuwe VTE, waarbij er onder het gebruik van apixaban significant minder majeure bloedingen optraden. Wij hebben in **hoofdstuk 13** onderzocht hoe klinisch relevante bloedingen onder het gebruik van apixaban en warfarine zich presenteren en ontwikkelen. Daarbij vonden we geen verschil in de klinische presentatie en het verloop van de bloedingen onder beide behandelingen. In **hoofdstuk 14** hebben wij hetzelfde onderzoek verricht maar dan bij majeure bloedingen onder het gebruik van edoxaban, een andere fXa remmer. Ook hier lieten we zien dat de klinische presentatie en het verloop vergelijkbaar zijn ten opzichte van bloedingen onder het gebruik van VKA. Vervolgens hebben we in **hoofdstuk 15** de gegevens over de presentatie en het beloop van majeure bloedingen uit hoofdstuk 13 en hoofdstuk 14 gecombineerd, en daar de resultaten van een andere studie aan toegevoegd waarin dezelfde analyse was verricht bij majeure bloedingen onder rivaroxaban (een andere fXa remmer). In de gecombineerde analyse vonden we vervolgens dat bloedingen bij het gebruik van een fXa-remmer een minder ernstige presentatie hebben en een vergelijkbaar verloop ten opzichte van bloedingen bij het gebruik van VKA, en deze bevinding gold ook voor hersenbloedingen, maag-darm bloedingen en overige bloedingen.



Naam	Jossi Biedermann
Titel	Optimization of monitoring and management of anticoagulant therapy
Promotores	Prof. Dr. F.W.G. Leebeek
Co-promotor	Dr. M.J.H.A. Kruip
Promotie	21 november 2017, Queridozaal, Erasmus MC

In dit proefschrift worden verschillende studies beschreven die zich richten op de huidige monitoring en het management van antistollingsbehandeling. Hiermee kan mogelijk de veiligheid en effectiviteit van antistollingsbehandeling in de toekomst verbeterd worden.

In **hoofdstuk 1** wordt een overzicht gepresenteerd van de huidige manier van monitoren en managen van antistollingstherapie.

In **hoofdstuk 2** worden de analytische en klinische overeenkomstigheid van INR-resultaten, vergeleken middels een point-of-care (POC) apparaat (CoaguChek XS) en een laboratoriumbepaling (STA-R Evolution, Hepato Quick), vergeleken in een cohort van ruim 3000 patiënten op VKA. Er werd een sterke relatie gevonden tussen de uitslagen van deze 2 methoden ($R=0.901$, $P<0.001$), m.n. in het therapeutische INR-gebied. De verschillen namen toe naarmate de INR hoger werd. De klinische overeenkomstigheid tussen de resultaten m.b.t. of de uitslag, in, onder of boven het therapeutische gebied van de patiënt lag, was adequaat (88%), hoewel het relatief frequent voorkwam, dat er klinisch geen overeenkomstigheid was tussen INR-resultaten.

In **hoofdstuk 3** wordt de biologische binnen-persoonsvariatie (CV%) in zelfmetende en niet-zelfmetende patiënten, die een stabiele dosis acenocoumarol of fenprocoumon kregen, geanalyseerd. Al deze patiënten werden gemonitord of monitorden zichzelf. In zelfmetende patiënten was de mediane binnen-persoonsvariatie significant hoger in patiënten op acenocoumarol dan in patiënten op fenprocoumon. Bij patiënten op acenocoumarol was geen verschil in mediane binnen-persoonsvariatie tussen zelfmetende en niet-zelfmetende patiënten. O.b.v. de biologische INR-variatie die gevonden werd in deze studie is de CoaguChek methode geschikt voor de monitoring van deze patiënten.

Vervolgens wordt in **hoofdstuk 4** het effect van de invoering van routine POC INR-bepaling op de kwaliteit van zorg in niet-zelfmetende patiënten op VKA bestudeerd. Twee cohorten van ongeveer 2000 niet-zelfmetende patiënten werden met elkaar vergeleken. Er werd gezien dat het mediane percentage tijd in het therapeutische gebied (TTR%) significant lager



was gedurende POC INR-bepaling. Ook het percentage patiënten met een slechte therapeutische instelling ($TTR < 60\%$) was hoger tijdens POC INR bepaling. De mediane TTR tijdens POC INR-bepaling bleef echter adequaat en conform aanbevelingen in de Nederlandse richtlijnen. Wij vonden geen verschil in het risico op een majeure bloeding, herseninfarct, ziekenhuisopname of overlijden tussen de 2 cohorten. Dit suggereert dat POC INR-controle net zo veilig is als laboratorium INR-controle m.b.t. het risico op complicaties.

In **hoofdstuk 5** werden van 6 verschillende commerciële tromboplastines (3 humaan recombinant en 3 weefseextract) de gevoeligheid voor FVII vergeleken. Wij hebben 3 verschillende hoeveelheden humaan FVII en buffer als negatieve controle, aan 5 gepoolde patiëntenplasma's toegevoegd. Er werden dosisafhankelijke INR-verlagingen bij alle 6 gebruikte tromboplastines gezien. Er was een significant verschil in de FVII-geïnduceerde INR-verlaging tussen de 6 tromboplastines. Er werd geen verschil gezien tussen de recombinante tromboplastines onderling. Samenvoeging van de data van de 2 typen tromboplastines toonde aan dat de FVII-geïnduceerde INR-verlaging sterker was wanneer een recombinant humaan tromboplastine werd gebruikt dan wanneer een weefseextract tromboplastine werd gebruikt.

In **hoofdstuk 6** werd gekeken of er verschillen zijn in het risico op een majeure bloeding tussen verschillende LMWH bij gelijktijdig gebruik met een VKA. Dit werd onderzocht in een cohort van bijna 13.000 ambulante patiënten die recent een veneuze trombose hadden gehad. Het risico op een ernstige bloeding was laag. Er was geen onderling verschil in cumulatieve incidentie tussen de LMWH's wanneer men nadroparine 1 dd als referentie gebruikte. Het bloedingsrisico leek wel hoger bij 2 dd gebruik van LMWH vergeleken met 1 dd gebruik. De absolute toename in bloedingsrisico bij 2 dd nadroparinegebruik was 0.13%.

Vervolgens werd in **hoofdstuk 7** gekeken naar de overeenkomstigheid tussen 2 verschillende methoden die gebruikt worden voor het meten van de therapeutische instelling van patiënten op VKA, in verschillende patiëntgroepen. De TTR% werd hierbij vergeleken met de proportie patiënten van wie de laatste INR in het therapeutisch gebied was (CSP%). Over het algemeen waren de TTR resultaten gemiddeld consequent iets hoger dan de CSP resultaten. In long-term patiënten op acenocoumarol was de mediane TTR significant hoger dan de CSP. Bij long-term patiënten op fenprocoumon was er geen verschil tussen beide methoden.



In **hoofdstuk 8** werden het perioperatieve antistollingsbeleid, risicofactoren voor nabloedingen en de klinische uitkomsten na 2329 tandheelkundige ingrepen in ruim 2000 patiënten die behandeld werden met een VKA geëvalueerd. De richtlijnen rondom deze ingrepen werden vaak niet opgevolgd, hetgeen zich uitte in een heterogeen perioperatief beleid. Patiënten met een laag-risico tandheelkundige ingreep, waarbij de VKA gecontinueerd werd i.c.m. tranexaminezuur (TXA) mondspoeling, hadden een lager bloedingsrisico vergeleken met patiënten zonder TXA of patiënten waarbij de VKA was gestopt en werd overbrugd met heparine. Het bloedingsrisico was even hoog als bij patiënten waarbij de VKA was gestopt en er niet was overbrugd met heparine. Bij hoog-risico tandheelkundige ingrepen was het bloedingsrisico ruim 3x zo hoog als de VKA gecontinueerd werd dan wanneer gestopt werd.

Hoofdstuk 9, 10, 11 en 12 gaan over de anticoagulante effecten van statines en het mogelijk gebruik van deze middelen als alternatieve en veiligere behandeloptie voor veneuze trombose.

In **hoofdstuk 10** wordt een retrospectieve cohortstudie beschreven naar het effect van statines op VKA-onderhoudsdosering in patiënten op fenprocoumon en acenocoumarol. De onderhoudsdosering VKA voor de start met statine werd vergeleken met de onderhoudsdosering direct na start, 6 en na 12 weken statinetherapie. Behandeling met statines was geassocieerd met minimale, maar statistisch significante veranderingen in VKA-onderhoudsdoseringen.

In **hoofdstukken 11 en 12** worden de bevindingen van een gerandomiseerde studie naar de kortetermijneffecten van rosuvastatine op bloedplaatjesreactiviteit en verschillende stollingsparameters in patiënten die een recente DVT of longembolie hebben doorgemaakt uiteengezet. In de 'Statins Reduce Thrombophilia' (START) studie werden patiënten geïncludeerd met een geobjectiveerde veneuze trombose die na 3-12 hun behandeling met VKA mochten staken. Rosuvastatinegebruik had geen effect op de arachidonzuur-gemedieerde plaatjesactiviteit. Het gebruik van rosuvastatine was wel geassocieerd met een reductie van verschillende stollingsfactoren (FVIII, FXI) die geassocieerd zijn met een verhoogd risico op veneuze trombose. Deze anticoagulante effecten bieden een verklaring voor een statine-gemedieerd verlaagd risico op veneuze trombose.