

Neurologen Radboudumc, CWZ en Maasziekenhuis Pantein geven bij voorkeur clopidogrel na een beroerte

Trombocytenaggregatieremming is een vast onderdeel van de preventie maatregelen na een beroerte (TIA of herseninfarct). In Nederland kan gekozen worden uit acetylsalicylzuur (ASA) al dan niet in combinatie met dipyridamol of monotherapie clopidogrel.

Clopidogrel monotherapie (1 dd 75 mg) is even effectief als acetylsalicylzuur in combinatie met dipyridamol¹ en beiden zijn beter dan ASA alleen². Clopidogrel monotherapie is eenvoudiger in gebruik dan ASA met dipyridamol (1 ipv 3 pillen op 2 verschillende tijdstippen), geeft minder vaak bijwerkingen (met name minder hoofdpijn) en is goedkoper dan ASA in combinatie met dipyridamol. Een ander belangrijk voordeel is dat ernstige bloedingscomplicaties minder voorkomen onder clopidogrel monotherapie dan bij de combinatie van ASA en dipyridamol¹. Mogelijke nadelen zijn therapieresistentie voor clopidogrel door cytochroom polymorfisme (CYP2C19). Dit blijkt echter geen klinisch relevant effect te hebben.

Hoewel er voldoende internationale literatuur is om ook het beleid in de acute fase te veranderen, staat dit nog niet in de richtlijnen voor de huisarts. Waarschijnlijk zal dit spoedig veranderen.

Alles bij elkaar voldoende reden voor de neurologen van het Radboudumc, CWZ en Maasziekenhuis Pantein te besluiten om clopidogrel als eerste keuze secundaire medicamenteuze preventie te geven na een beroerte.

Aanwijzingen voor de huisartspraktijk:

- Patiënten komen na een TIA of herseninfarct (van arteriële oorsprong) uit het ziekenhuis met clopidogrel monotherapie (1dd75mg). In afwachting op aanpassing van de nationale huisartsen richtlijnen blijft het beleid in de acute fase in de eerste lijn ongewijzigd. Dus: bij TIA in afwachting op analyse (zo spoedig mogelijk) kan nog gewoon worden gestart met ASA 1dd160-240mg of carbasalaatcalcium 1dd300mg (clopidogrel 1dd300mg oplaad en daarna 1dd75mg is hier optioneel).
- Patiënten die al ASA in combinatie met dipyridamol gebruiken zonder bijwerkingen, worden niet omgezet naar monotherapie clopidogrel.
- Bij patiënten die niet verwezen worden naar de tweede lijn, houdt de huisarts de behandeling uit de NHG standaard Beroerte aan, waarbij clopidogrel optioneel is.
- Bij het gelijktijdig starten van clopidogrel en een protonpompremmer (indien geïndiceerd) heeft het de voorkeur te starten met pantoprazol (omeprazol en esomeprazol hebben mogelijk negatief effect op de werkzaamheid van clopidogrel i.v.m. CYP2C19 interactie).
- In uitzonderlijke gevallen dat clopidogrel gestaakt moet worden (zoals bij grote operatieve ingrepen) is tijdelijk (5 dagen voor ingreep) overzetten op monotherapie ASA een overbruggingsoptie, omdat ASA minder perioperatieve bloedingen geeft. Geheel staken gedurende 5 dagen in overleg met voorschrijvend neuroloog.

Ewoud van Dijk, neuroloog, Radboudumc

Gert van Dijk, neuroloog, CWZ

Susanne Lépinasse-de Bot, neuroloog, Maasziekenhuis Pantein

Claudia Lobo, Kaderhuisarts HVZ

Guido Adriaansens, voorzitter huisartsenkring Nijmegen eo

NB geen belangen conflict

Referenties:

Zuurbier SM, Vermeer SE, Hilken HE, Algra A, Roos YBEWM. Secundaire preventie met clopidogrel na TIA of herseninfarct. Ned Tijdschr Geneeskd 2013;157:A5836

Sacco RL, Diener HC, Yusuf S, et al. Aspirin and extended-release dipyridamole versus clopidogrel for recurrent stroke. *N Engl J Med.* 2008;359:1238-51