

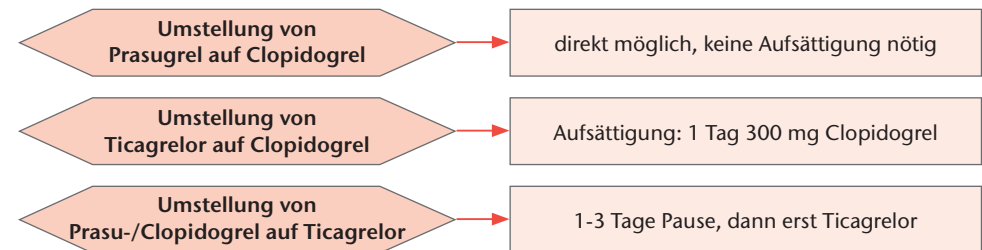
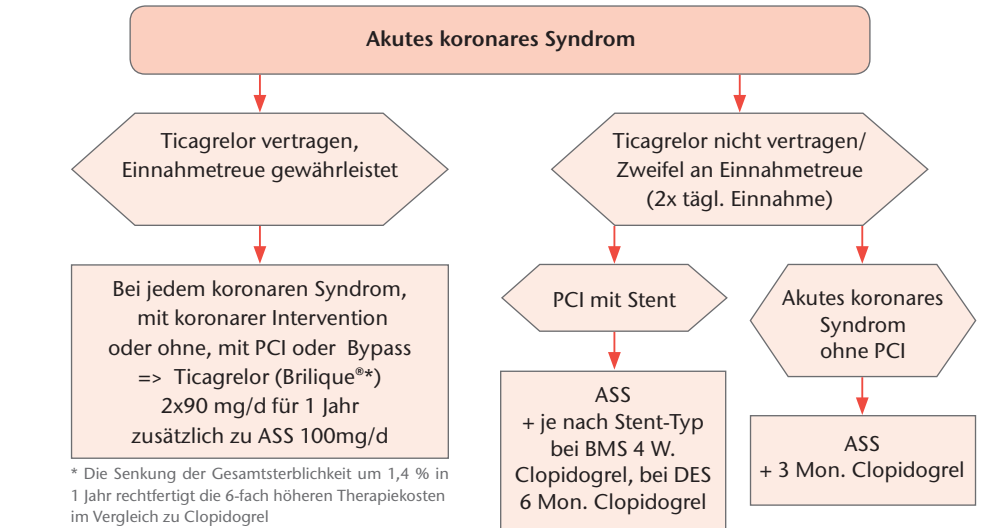
- Keine Indikation für Clopidogrel**
1. Als Monotherapie nach Schlaganfall unter ASS.
 2. Clopidogrel zusätzlich zu ASS kann nach TIA/Insult über einen Zeitraum von 10-21 Tagen hinaus nicht empfohlen werden.
 3. Magenbeschwerden/Ulcera unter ASS => besser PPI hinzufügen
 4. Vorhofflimmern (allein oder in Kombination mit ASS)

- Reserve-Indikation für Clopidogrel**
1. Symptomatische pAVK mit Gehstrecke < 200 Meter und/oder entsprechende Gefäßintervention an den Beinarterien
 2. Vorübergehend nach Stent an den das Gehirn versorgenden Arterien (+ ASS)

Erstveröffentlichung: 11/2013
Überarbeitung von: 04/2019
Nächste Überprüfung geplant: 05/2022

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online



Prasugrel (Efient®) sollte nicht verwendet werden
Nutzen-Risiko (Blutungen)-Verhältnis ungünstig

Triple-Therapie (Phenprocoumon+ASS+Clopidogrel) nach Stent bei Indikation für Antikoagulation

1. So kurz wie möglich
2. NR-Ziel nur 2,0-2,5
3. Planbare Operationen verschieben
4. Clopidogrel statt Ticagrelor (fehlende Erfahrung mit Triple-Therapie unter Einschluss Ticagrelor)
5. OAK + BMS (stabile KHK, akutes koron. Syndr.): Triple 4 Wochen, dann nur Phenprocoumon weiter
6. OAK + DES (stabile KHK): bei Stent mit Siroli mus oder Everolimus 1-3 Mon, bei Paclitaxel 6 Mon, dann Phenprocoumon + Clopidogrel bis Mon 12
7. OAK + DES (akutes koronares Syndrom): Triple 6 Mon, dann Phenprocoumon + Clopidogrel bis Mon 12, dann nur Phenprocoumon