

# Kennisdocument Trombocytenaggregatieremmers

Gepubliceerd: december 2020. Geactualiseerd: februari 2026

*Dit kennisdocument is geschreven door het SIR Instituut in het kader van de 'Module Minderen en stoppen van medicatie', onderdeel van de MDR Polyfarmacie bij ouderen, in samenspraak met de betreffende multidisciplinaire kernwerkgroep (NVKG, NHG, KNMP, Ephor, SIR).*

Dit kennisdocument kan gebruikt worden bij de overweging voor het continueren of stoppen van trombocytenaggregatieremmers bij patiënten  $\geq 70$  jaar in de context van de preventie van hart- en vaatziekten. De groep trombocytenaggregatieremmers omvat acetylsalicylzuur, dipyridamol en P2Y12-remmers (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor).

Op basis van geschat aantal jaren resterende levensverwachting en klinische conditie wordt de volgende categorisatie van *ouderen* ( $\geq 70$  jaar) gehanteerd: *gering geschatte resterende levensverwachting* ( $\leq 1$  jaar); *kwetsbare ouderen*: ouderen met een kwetsbare gezondheid (1 tot 5 jaar) en *vitale ouderen* ( $\geq 5$  jaar). Er zijn geen specifieke aanbevelingen alleen voor vitale ouderen. Deze gelden ook voor de andere 2 categorieën en zijn daarom opgenomen onder "ouderen".

*Scope*: Voor informatie over vitamine K-antagonisten en direct werkende orale anticoagulantia, zie het [kennisdocument Anticoagulantia](#).

## Aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

### Gering geschatte resterende levensverwachting

*Overweeg stoppen trombocytenaggregatieremmer bij*

- hoger bloedingsrisico vs. effect voorkomen cardiovasculair event

### Kwetsbare ouderen

Zie Ouderen

### Ouderen

*Overweeg stoppen trombocytenaggregatieremmer bij*

- bloedingscomplicaties
- afwezigheid van hart- en vaatziekte
- duale antiplaatjetherapie (DAPT):
  - stop P2Y12-remmer 12 maanden (maximaal) na ACS en/of PCI
- duale therapie met anticoagulans:
  - stop P2Y12-remmer 12 maanden na een PCI
  - overweeg stop trombocytenaggregatieremmer bij starten anticoagulans
- drievoudige therapie met anticoagulans en P2Y12-remmer:
  - overweeg stoppen acetylsalicylzuur na 1 week na een PCI, tot maximaal 1 maand bij patiënten met hoog ischemisch risico

### Wijze van afbouw

- Een trombocytenaggregatieremmer kan in één keer gestopt worden.

## Aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

### Gering geschatte resterende levensverwachting [noot 1]

*Overweeg stoppen trombocytenuitremmer bij*

#### ■ hoger bloedingsrisico vs. effect voorkomen cardiovasculair event

Voor patiënten met een gering geschatte resterende levensverwachting dient het voordeel van doorbehandelen met een trombocytenuitremmer (verminderd risico op cardiovasculaire events) afgewogen te worden tegen het toegenomen risico op (gastro-intestinale) bloedingen.

### Kwetsbare ouderen

*Zie ouderen*

### Ouderen

*Overweeg stoppen trombocytenuitremmer bij*

#### ■ bloedingscomplicaties [noot 2]

De belangrijkste behandelcomplicaties van trombocytenuitremmers zijn (gastro-intestinale) bloedingen. Bij het optreden van een ernstige bloeding dienen de voor- en nadelen van doorbehandelen afgewogen te worden. Hierbij dient de gezondheidstoestand, inclusief het valrisico, van de patiënt betrokken te worden.

#### ■ afwezigheid van hart- en vaatziekte [noot 3]

In het geval van primaire preventie met acetylsalicylzuur is er sprake van een negatief behandelresultaat. Het bloedingsrisico is groter dan het preventieve effect.

- Overweeg stoppen acetylsalicylzuur bij afwezigheid hart- en vaatziekte.

#### ■ duale antiplaatjetherapie (DAPT) [noot 4]

Een DAPT > 12 maanden met acetylsalicylzuur én P2Y12-remmer (zoals clopidogrel) leidt slechts tot geringe reductie van cardiovasculaire events maar verhoogt wel het aantal (ernstige) bloedingen. Indien binnen 12 maanden een nieuw cardiovasculair event optreedt, gaan de 12 maanden opnieuw in. In individuele gevallen (hoog trombo-embolisch risico en laag bloedingsrisico) kan de behandeltermijn langer zijn dan 12 maanden.

- Stop met P2Y12-remmer 12 maanden na een ACS en/of PIC als deze gecombineerd wordt met acetylsalicylzuur.

Bij (ernstige) bloedingscomplicaties, een hoog bloedingsrisico of een laag ischemisch risico kan in overleg met de behandelend specialist overwogen worden de DAPT te verkorten naar 1–3 maanden gevolgd door monotherapie. Voor de keuze tussen monotherapie met een P2Y12-remmer of acetylsalicylzuur wordt verwezen naar de voorschrijvend specialist. In geselecteerde gevallen (hoog bloedingsrisico) kan al na 1 maand DAPT monotherapie overwogen worden. Het risico op restenose is de eerste 30 dagen na de ingreep het hoogst en neemt geleidelijk af.

#### ■ duale therapie met anticoagulans [noot 5]

- Stop P2Y12-remmer (zoals clopidogrel) bij duale antitrombotische therapie met een anticoagulans 12 maanden na een PCI in overleg met de behandelend specialist. In individuele gevallen kan de behandeltermijn langer zijn dan 12 maanden. Bij (ernstige) bloedingscomplicaties of een hoog bloedingsrisico kan in overleg met de behandelend specialist overwogen worden vroegtijdig te stoppen met een trombocytenuitremmer. Het risico op (stent)trombose is de eerste 30 dagen na de ingreep het hoogst en neemt geleidelijk af.

- Wanneer een patiënt trombocytenuitremmers gebruikt en start met een anticoagulans kan de trombocytenuitremmer veelal gestopt worden. Een veelvoorkomend voorbeeld is een patiënt met acetylsalicylzuur in verband met een hartinfarct (> 12 maanden geleden) bij wie atriumfibrilleren wordt geconstateerd en gestart wordt met een anticoagulans. Er bestaan echter uitzonderingen waarbij zowel een anticoagulans als een trombocytenuitremmer gegeven worden.
  - Ga bij de start van een anticoagulans na of er een indicatie is voor duale therapie met anticoagulans én trombocytenuitremmer. Wanneer er geen indicatie is voor duale therapie kan de trombocytenuitremmer gestopt worden.
  - Wanneer een patiënt voor perifeer arterieel vaatlijden de combinatie acetylsalicylzuur en lage dosis rivaroxaban gebruikt, moet zorgvuldig het ischemierisico t.o.v. het bloedingsrisico worden afgewogen. DPI kan doorgaans continu worden voortgezet, tenzij klinische redenen tot stoppen bestaan. Daarnaast is er onvoldoende bewijs om DPI routinematig boven clopidogrel te verkiezen.
- **drievoudige therapie met anticoagulans en P2Y12-remmer** [noot 6]
- Overweeg het stoppen van acetylsalicylzuur bij drievoudige therapie met een anticoagulans en een P2Y12-remmer, vanaf 1 week tot maximaal 1 maanden na een PCI.
  - Behandel na een PCI zo kort mogelijk met drievoudige therapie (acetylsalicylzuur, P2Y12-remmer en anticoagulans).
  - Pas drievoudige therapie gedurende maximaal 1 maanden alleen toe bij patiënten met een acuut coronair syndroom en een laag bloedingsrisico en een harde indicatie voor anticoagulans.
  - Bij (ernstige) bloedingscomplicaties of een hoog bloedingsrisico kan in overleg met de behandelend specialist overwogen worden vroegtijdig te stoppen met drievoudige antitrombotische therapie, meestal acetylsalicylzuur. Het risico op (stent)trombose is de eerste 30 dagen na de ingreep het hoogst en neemt geleidelijk in de tijd af.

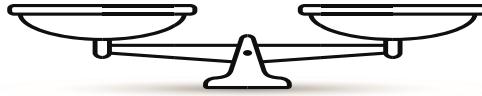
### Wijze van afbouw

■ **Een trombocytenuitremmer kan in één keer gestopt worden**

Er is geen afbouwprocedure nodig.

■ **Wees alert op (afbouwen en) stoppen PPI als preventie van maagcomplicaties door TAR** [noot 2]

Ook de PPI kan worden (afgebouwd en) gestaakt als deze uitsluitend als maagprotectie is voorgeschreven en er geen andere risicofactoren voor PPI-gebruik aanwezig zijn.



## Weeg voor- en nadelen tegen elkaar af

### Overwegingen vóór minderen en stoppen

#### Gering geschatte resterende levensverwachting

Hierbij dient het voordeel van doorbehandelen met een trombocytenuitremmer afgewogen te worden tegen het toegenomen risico op bloedingen [noot 1].

#### Bloedingscomplicaties

De belangrijkste complicatie van trombocytenuitremmers zijn (gastro-intestinale) bloedingen. Het bloedingsrisico is afhankelijk van leeftijd (> 75 jaar), gezondheidstoestand en valrisico [noot 2].

#### Afwezigheid van hart- en vaatziekten

De voordelen van trombocytenuitremmers wegen niet op tegen de nadelen indien er geen sprake is van bestaande hart- en vaatziekte [noot 3].

#### > 12 maanden DAPT

Behandeling > 12 maanden na een PCI met acetylsalicylzuur én P2Y12-remmer (zoals clopidogrel) leidt over het algemeen niet tot een reductie van cardiovasculaire events maar wel tot een hoger aantal (ernstige) bloedingen [noot 4].

#### > 12 maanden duale therapie met anticoagulans

De combinatietherapie van een anticoagulans met P2Y12-remmer (zoals clopidogrel) na een PCI is veelal geïndiceerd voor een beperkte periode (12 maanden) [noot 5].

#### Geen indicatie trombocytenuitremmer na start anticoagulans

Wanneer een anticoagulans wordt gestart bij een trombocytenuitremmer, komt de indicatie voor de trombocytenuitremmer veelal te vervallen [noot 5].

#### Drievoudige antitrombotische therapie

De combinatie van een anticoagulans met 2 trombocytenuitremmers zoals acetylsalicylzuur en P2Y12-remmer na een PCI is slechts geïndiceerd voor 1 week tot maximaal 1 maand [noot 6].

#### Wens van de patiënt

De wens om minder medicijnen te gebruiken of met de trombocytenuitremmer te stoppen.

### Overwegingen tegen minderen en stoppen Hart- en vaatziekten

Trombocytenuitremmers verminderen het risico op een cardiovasculair event bij patiënten met vastgestelde hart- en vaatziekten. Het NNT is het laagst voor patiënten met een recent cardiovasculair event [noot 1].

#### Verhoogd risico op cardiovasculair event

Stoppen van trombocytenuitremmers is geassocieerd met een verhoogd risico op een cardiovasculair event. Dit geldt zowel voor monotherapie als voor DAPT [noot 7].

#### Wens van patiënt om te continueren

De wens om geen wijzigingen aan te brengen in het medicijngebruik

## Noten

### Noot [1]: Gering geschatte resterende levensverwachting

Bij patiënten met een gering geschatte resterende levensverwachting dient het effect van doorbehandelen op de preventie van cardiovasculaire events afgewogen te worden tegenover het toenemende bloedingsrisico met de leeftijd [MDR 2021]. In een systematische review van onderzoeken naar het stoppen van preventieve medicatie bij patiënten met een gering geschatte resterende levensverwachting bleek acetylsalicylzuur na statines het meest gestopt te worden [Narayan 2017].

Het NNT van acetylsalicylzuur verschilt per aandoening en daarmee mogelijk ook de balans om door te behandelen. De NNT's voor patiënten met recent myocardinfarct of CVA bedroegen respectievelijk 38 en 9 per 1000 patiënten over een periode van 1 maand. De NNT's voor patiënten met myocardinfarct of CVA/TIA in het verleden bedroegen 36 per 1000 patiënten over een periode van respectievelijk 27 en 29 maanden. Vooral bij patiënten met een CVA of myocardinfarct in het verleden kan overwogen worden de acetylsalicylzuur te staken [ATC 2002].

Tegenover een reductie van het aantal vasculaire events staat een toegenomen bloedingsrisico. Het aantal ernstige en fatale bloedingen (2-4% per jaar) stijgt sterk met de leeftijd, vooral boven de 75 jaar [Li 2017]. Voor patiënten met een beperkte levensverwachting dient het effect van doorbehandelen dan ook afgewogen te worden tegen het toegenomen bloedingsrisico.

### Noot [2]: Bloedingscomplicaties

Het bloedingsrisico stijgt met de leeftijd, vooral boven de 75 jaar. Bij het optreden van een ernstige bloeding (melaena/haematemesis, diverse bloedingen met tachycardie, verminderde diurese, shock of collaps, intracranieële bloeding, gewrichtsbloeding of recidiverende hemoptoë wordt geadviseerd het risico op een nieuwe bloeding af te wegen tegenover het risico van trombose of infarct [LTA 2025]. Hierbij dienen de gezondheidstoestand en het valrisico betrokken te worden. Andere risicofactoren die het bloedingsrisico verhogen, zijn onder andere ulcus in de voorgeschiedenis, diabetes, roken, overmatig alcoholgebruik, ongecontroleerde hoge bloeddruk en comediatie zoals NSAID's, corticosteroiden en SSRI's [NHG 2021]. Vaak gebruikt de patiënt ook een maagbeschermer. Bij het stoppen van de TAR dient ook de PPI te worden afgebouwd en gestaakt wanneer deze uitsluitend als maagprotectie is voorgeschreven en er geen andere risicofactoren zijn die een PPI vereisen [NHG 2021].

### Noot [3]: Afwezigheid van bestaande hart- en vaatziekten

Het gebruik van trombocytenuitremmers bij patiënten zonder vastgestelde hart- en vaatziekte wordt afgeraden [MDR 2019]. Bij patiënten zonder hart- en vaatziekten verlaagt acetylsalicylzuur het risico op cardiovasculaire events zoals myocardinfarct (NNT 357), ischemisch CVA (NNT 500) of TIA (NNT 370), maar daar tegenover staat een toegenomen risico op ernstige bloedingen (NNH 222), intracraniale bloedingen (NNH 1000) en gastro-intestinale bloedingen (NNH 385). Er is geen effect aangetoond op de (cardiovasculaire) mortaliteit. Uiteindelijk resulteert dit in een negatief behandelingseffect voor trombocytenuitremmers voor primaire preventie [Abdelaziz 2019].

### Noot [4]: DAPT

DAPT vormt een balans tussen het voorkomen van (stent)trombose en het risico op bloedingen. Na een percutane coronaire interventie (PCI) of CABG wordt behandeld met acetylsalicylzuur en een P2Y12-remmer (clopidogrel, ticagrelor of prasugrel) [Roffi 2016]. Het risico op (stent)trombose is het hoogst in de eerste 30 dagen en neemt daarna geleidelijk af [Palmerini 2017]. Traditioneel werd DAPT 12 maanden voortgezet, maar recente meta-analyses tonen aan dat verkorte schema's (1-6 maanden) bij veel

patiënten even effectief zijn in het voorkomen van ischemische events, met een lager bloedingsrisico [Park 2022; Fretz 2025].

De ULTIMATE-DAPT-studie (2024) liet zien dat bij patiënten met acuut coronair syndroom (ACS) die 1 maand DAPT hadden verdragen, overschakeling op ticagrelor-monotherapie gedurende de resterende 11 maanden leidde tot een significante reductie van klinisch relevante bloedingen (2,1% vs. 4,6%) ten opzichte van voortgezette DAPT met acetylsalicylzuur en ticagrelor, zonder toename van ischemische events of stenttrombose. Deze resultaten ondersteunen het vroegtijdig staken van acetylsalicylzuur bij geselecteerde patiënten met een verhoogd bloedingsrisico.

In de ULTIMATE-DAPT-studie die in dit kennisdocument als referentie wordt gebruikt, waren kwetsbare ouderen en patiënten met comorbiditeit ondervertegenwoordigd; patiënten met recente beroerte, CABG, geplande operaties of ernstige nierinsufficiëntie werden uitgesloten. De resultaten zijn daardoor met name toepasbaar op relatief fitte ACS-patiënten na een ongecompliceerde PCI. Extrapolatie naar zeer kwetsbare ouderen of patiënten met complexe comorbiditeit vraagt terughoudendheid. Hoewel ULTIMATE-DAPT voldoende gepowerd was voor het primaire eindpunt (3400 patiënten, 80% power voor een 50% reductie in bloedingen), blijft de power voor zeldzame gebeurtenissen zoals stenttrombose beperkt. [ULTIMATE-DAPT 2024].

De duur van DAPT dient te worden afgestemd op het individuele risico:

- Hoog bloedingsrisico: overweeg verkorte DAPT-duur (1–6 maanden) en eventueel overstap op P2Y12-monotherapie voor de overige 6-11 maanden.
- Hoog ischemisch risico: behoud standaardduur of verleng (>12 maanden) [Valgimigli 2017].

Na afloop van de DAPT-periode wordt de P2Y12-remmer doorgaans gestaakt en acetylsalicylzuur levenslang voortgezet. Overleg met de behandelend cardioloog is aangewezen bij onduidelijkheid over de behandelduur [Roffi 2016; Palmerini 2017; Valgimigli 2017; Park 2022; Fretz 2025; ULTIMATE-DAPT 2024].

#### **Noot [5]: Duale therapie met anticoagulans en trombocytenuremmer**

Duale behandeling met een anticoagulans en trombocytenuremmer wordt in verschillende situaties toegepast. Na een PCI bij patiënten met een harde indicatie voor een anticoagulans wordt gedurende een zeer beperkte periode het anticoagulans gecombineerd met een P2Y12-remmer en acetylsalicylzuur (zie noot 6). Na het staken van (meestal) acetylsalicylzuur bestaat de therapie uit een anticoagulans en een P2Y12-remmer. De totale behandelduur is in de regel 12 maanden na de (laatste) PCI. Na 12 maanden kan de P2Y12-remmer in de meeste gevallen gestaakt worden. Langer doorbehandelen zorgt wel voor een reductie van het aantal trombo-embolische events, maar dit effect wordt tenietgedaan door een toenemend aantal ernstige bloedingen.

In individuele gevallen kan in overleg met de behandelend specialist besloten worden langer door te behandelen met duale therapie. Naast een PCI zijn er enkele indicaties die aanleiding kunnen zijn voor langdurige behandeling met een anticoagulans en trombocytenuremmer. Voorbeelden hiervan zijn mechanische hartkleppen, steunhart (*left ventricular assist device*), doorgemaakt CVA met atriumfibrilleren onder adequate antistollingstherapie en stabiel atherosclerotisch vaatlijden. Voor deze laatste indicatie is de combinatie-therapie van rivaroxaban 2 dd 2,5 mg met acetylsalicylzuur geregistreerd. De combinatie zorgde voor een reductie in trombo-embolische events bij patiënten met

een hoog trombo-embolisch risico, maar leidde ook tot meer ernstige bloedingen [Eikelboom 2017; Bonaca 2020].

In diverse recente RCT's is de veiligheid onderzocht van dubbele antistolling met een DOAC, gecombineerd met een P2Y12-remmer in plaats van drievoudige antistolling. Het primaire eindpunt was de veiligheid, secundair eindpunt was effectiviteit. Een meta-analyse van deze onderzoeken liet zien dat dubbele antistolling met een DOAC zorgt voor minder ernstige bloedingen in vergelijking met drievoudige antistolling. Daartegenover staat een toegenomen risico op stenttrombose en daarmee ook het aantal myocardinfarcten [Gargiulo 2019].

#### **Noot [6]: Drievoudige antistollingstherapie met anticoagulans en 2 trombocytenaggregatieremmers**

Bij patiënten met een levenslange indicatie voor orale antistolling die een percutane coronaire interventie (PCI) ondergaan, wordt tijdelijk behandeld met een combinatie van een anticoagulans en DAPT. Ter preventie van (stent)trombose wordt naast het anticoagulans kortdurend acetylsalicylzuur toegevoegd aan een P2Y12-remmer, bij voorkeur clopidogrel, aangezien ticagrelor en prasugrel gepaard gaan met een hoger bloedingsrisico [Palmerini 2017; Ziser 2025].

Het risico op stenttrombose is het hoogst in de eerste 30 dagen na de ingreep en neemt daarna geleidelijk af. De combinatie van drie middelen (triple therapie) vergroot echter aanzienlijk het bloedingsrisico, waardoor een kortdurend behandelregime wordt aanbevolen. Volgens recente evidence en richtlijnen wordt triple therapie bij de meeste patiënten beperkt tot maximaal 1 week, met verlenging tot 1 maand bij een hoog ischemisch risico (zoals STEMI, complexe stentplaatsing of eerdere stenttrombose) [ESC 2023; Ziser 2025]. Daarna wordt acetylsalicylzuur gestaakt en gedurende 12 maanden voortgezet met duale therapie (anticoagulans + P2Y12-remmer) [ESC 2023].

#### **Noot [7]: Staken van acetylsalicylzuur bij patiënten met hart- en vaatziekten**

Er is geen RCT waarin het effect van het stoppen van acetylsalicylzuur bij patiënten met hart- en vaatziekten is onderzocht. In een post-hoc analyse van de PROfESS trial is gekeken naar de incidentie van cardio-vasculaire events bij patiënten met een CVA zonder cardiale emboliebron die vroegtijdig stopten met een trombocytenaggregatieremmer. De incidentie van CVA, myocardinfarct of cardiovasculaire sterfte nam in de eerste 30 dagen na staken toe met een factor 5 (van 0,15 naar 0,82 per 1000 patiënt-dagen) [Weimar 2013].

In een nested case-control databaseonderzoek onder patiënten van 50-84 jaar met hart- en vaatziekten bleek dat het staken van acetylsalicylzuur zorgde voor 4 extra niet-fatale myocardinfarcten per 1000 patiëntjaren (relatief risico 1,43; 95%-BI 1,12 tot 1,84), maar niet leidde tot een hogere cardiovasculaire sterfte (relatief risico 1,06; 95%-BI 0,67 tot 1,69) [Rodríguez 2011]. Overeenkomstige resultaten werden gevonden in een Zweeds cohortonderzoek. Patiënten met hart- en vaatziekten die stopten met acetylsalicylzuur hadden een verhoogd risico op een cardiovasculair event (hazard ratio 1,46; 95%-BI 1,41 tot 1,51). Dit komt neer op 27 extra cardiovasculaire events per 1000 patiëntjaren [Sundström 2017].

## Literatuur

### Abdelaziz 2019

Aspirin for primary prevention of cardiovascular events. *J Am Coll Cardiol* 2019;73:2915-29.

### ATC 2002

Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324:71-86.

### Bonaca 2020

Bonaca MP, Bauersachs RM, Anand SS, Debus ES, Nehler MR, Patel MR, et al. Rivaroxaban in peripheral artery disease after revascularization. *N Engl J Med* 2020;382:1994-2004.

### Eikelboom 2017

Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, Dagenais GR, Hart RG, Shestakovska O, et al. Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2017;377:1319-30.

### Capodanno 2018

Capodanno D, Alfonso F, Levine GN, Valgimigli M, Angiolillo DJ. ACC/AHA versus ESC guidelines on dual antiplatelet therapy. *J Am Coll Cardiol* 2018;72:2915-31.

### Fretz 2025

Fretz T, Dasari S, Sakaleros J, Kayani AMA, Bluckner N, Pond K, Markus N, Cardona-Perez A, Garcia A, Lemus-Zamora R, Breall J. One-Year Outcomes of Short-Term Dual Antiplatelet Therapy Following Percutaneous Coronary Intervention With Drug-Eluting Stents: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2025 Nov;106(6):3286-3296. doi: 10.1002/ccd.70163. Epub 2025 Sep 17. PMID: 40963197; PMCID: PMC12617329.

### FMS 2025

*Antitrombotische behandeling in het kader van secundaire preventie bij PAV* — Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV). Beoordeeld 01-04-2025. Richtlijndatabase. Geraadpleegd in oktober 2025

### Gargiulo 2019

Gargiulo G, Goette A, Tijssen J, Eckardt L, Lewalter T, Vranckx P, et al. Safety and efficacy outcomes of double vs. triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation following percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis of non-vitamin K antagonist oral anti-coagulant-based randomized clinical trials. *Eur Heart J* 2019;40:3757-67.

### Li 2017

Li L, Geraghty OC, Mehta Z, Rothwell PM. Age-specific risks, severity, time course, and outcome of bleeding on long-term antiplatelet treatment after vascular events: a population-based cohort study. *Lancet* 2017; 390: 490-99.

### LTA 2025

Landelijke transmurale afspraak antistollingszorg. Utrecht: Nederlandse Internisten Vereniging, 2025. <https://lta-antistollingszorg.nl>, geraadpleegd november 2025.

### **MDR 2021**

Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) 2021.

[Trombocytenaggregatieremmers bij CVRM - Richtlijn - Richtlijnen database](#) geraadpleegd oktober 2025

### **Narayan 2017**

Narayan SW, Nishtala PS. Discontinuation of preventive medicines in older people with limited life expectancy: a systematic review. *Drugs Aging* 2017;34:767-76.

### **NHG 2021**

NHG 2021 NHG-Behandelrichtlijn Preventie van maagcomplicaties door geneesmiddelgebruik.

### **Palmerini 2017**

Palmerini T, Della Riva D, Benedetto U, Bacchi Reggiani L, Feres F, Abizaid A, et al. Three, six, or twelve months of dual antiplatelet therapy after DES implantation in patients with or without acute coronary syndromes: an individual patient data pairwise and network meta-analysis of six randomized trials and 11473 patients. *Eur Heart J* 2017;38:1034-43.

### **Park 2022**

Park DY, An S, Kumar A, Malhotra S, Jolly N, Kaur A, Kattoor A, Doukky R, Kalra A, Vij A. Abbreviated versus Standard Duration of DAPT after PCI: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2022 Nov;22(6):633-645.

### **Rodríguez 2011**

Rodríguez LA, Cea-Soriano L, Martín-Merino E, Johansson S. Discontinuation of low dose aspirin and risk of myocardial infarction: case-control study in UK primary care. *BMJ* 2011;343:d4094.

### **Roffi 2016**

Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2016;37:267-315.

### **Sundström 2017**

Sundström J, Hedberg J, Thuresson M, Aarskog P, Johannesen KM, Oldgren J. Low-dose aspirin discontinuation and risk of cardiovascular events: a Swedish nationwide, population-based cohort study. *Circulation* 2017;136:1183-92.

### **ULTIMATE-DAPT 2024**

Ge Z, Kan J, Gao X, et al; ULTIMATE-DAPT investigators. Ticagrelor alone versus ticagrelor plus aspirin from month 1 to month 12 after percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndromes (ULTIMATE-DAPT): a randomised, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Lancet*. 2024 May 11;403(10439):1866-1878.

### **Usman 2009**

Usman MH, Notaro LA, Nagarakanti R, Brahin E, Dessain S, Gracely E, et al. combination antiplatelet therapy for secondary stroke prevention: enhanced efficacy or double trouble? *Am J Cardiol* 2009;103:1107-12.

**Valgimigli 2017**

Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, Collet JP, Costa F, Jeppsson A, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2018;39:213-60.

**Weimar 2013**

Weimar C, Cotton D, Sha N, Sacco RL, Bath PM, Weber R, et al. Discontinuation of antiplatelet study medication and risk of recurrent stroke and cardiovascular events: results from the PROFESS Study. *Cerebrovasc Dis* 2013;35:538-43.

**Yin 2019**

Yin SH, Xu P, Wang B, Lu Y, Wu QY, Zhou ML, et al. Duration of dual antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention with drug-eluting stent: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2019;365:l2222.

**Ziser 2025**

Ziser K, Rahman S, Soro R, Falconer N, Harrop D. The role of triple antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation and coronary stent insertion. *Aust Prescr.* 2025 Feb;48(1):18-22.