

samenvatting handreiking

Samenvatting Handreiking Diabetes Mellitus

Document	Samenvatting Handreiking Diabetes Mellitus
Auteur	Medisch coördinatoren UNICUM
Versiedatum	december 2023



huisartsenzorg

Inhoudsopgave

Diagnostische fase	3
Screening	3
Diagnose stellen	3
Instelfase	3
Diagnostiek	3
Medicatie	4
Stabiele fase	5
Acute ontregeling	5
Hypoglycaemie	5
Hyperglycaemie	5
Intercurrente ziekte	5
Corticosteroidgebruik bij Diabetes Mellitus	6

Diagnostische fase

Screening

- 3-jaarlijks bij patiënten > 45 jaar én: BMI \geq 27, DM bij ouders/broers/zus; hypertensie (SBD \geq 140 mmHg of medicamenteus behandeld); Vetstofwisselingsstoornis (HDL \leq 0,9, triglyc $>$ 2,8 mmol/l); (verhoogd risico op) HVZ; van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst.
- Bij patiënten van Hindoestaanse afkomst 3-jaarlijks screenen vanaf 35 jaar.
- Bij DM gravidarum: eerste 5 jaar jaarlijks, daarna elke 3 jaar.
- Overweeg 5-jaarlijkse screening bij: PCOS, vrouwen \geq 45 jaar met pre-eclampsie of zwangerschapshypertensie.

Diagnose stellen

Stel diagnose DM type 2 bij:

- 2 nuchtere plasmaglucozewaarden \geq 7,0 mmol/L op 2 verschillende dagen;
- Nuchtere plasmaglucozewaarde \geq 7,0 mmol/L of willekeurige plasmaglucozewaarde \geq 11,1 mmol/L in combinatie met klachten passend bij hyperglykemie.
- Gestoorde glucozetolerantie: bij waarden tussen 7,8 en 11. Controleer na 3 maanden, daarna jaarlijks.

Instelfase

Diagnostiek

Lab	NGluc, HbA1c, totaal cholesterol, LDL, HDL, ratio totaal cholesterol/HDL-cholesterol, triglyceriden, creat, eGFR, ACR
Voetonderzoek	Jaarlijks inspectie, sensibilibiteit, pulsaties
Fundusonderzoek	<3 maanden na diagnosestelling Bij slecht ingestelde diabetes bij start insuline (of bij initieel hoog HbA1c (>70) bij start behandeling).

Tabel 1 - Streefwaarden glykemische parameters

Nuchtere glucose (mmol/l): 4,5-8	Glucose 2 uur postprandiaal <9
HbA1c streefwaarden < 53 mmol/mol: Patiënten < 70 jaar, Patiënten > 70 jaar tot en met medicamenteuze behandelstap 1	
HbA1c streefwaarden 54-58 mmol/mol: Patiënten \geq 70 jaar met een ziekte duur <10 jaar vanaf medicamenteuze behandelstap 2	
HbA1c streefwaarden 54-64 mmol/mol: Patiënten \geq 70 jaar met een ziekte duur >10 jaar vanaf medicamenteuze behandelstap 2	
Hogere streefwaarden: kwetsbare ouderen en patiënten met korte levensverwachting (arbitrair <5 jr). Glucosewaarden van 6-15 mmol/l en HbA1c van 53-69 zijn acceptabel.	

Medicatie

Maak onderscheid tussen zeer-hoog-risicopatiënten (tabel 2) en patiënten zonder zeer hoog risico (tabel 4):

Tabel 2 - Zeer-hoog-risicopatiënten

Patiënten met HVZ	Acuut coronair syndroom, Angina pectoris, Coronaire revascularisatie, TIA of beroerte, Symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, Aorta-aneurysma, Claudicatio intermittens of perifere revascularisatie, Bij beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of ischemie.
Patiënten met chronische nierschade met matig-sterk verhoogd CV-risico.	eGFR \geq 60 ml/min/1,73 m ² met ACR > 30 mg/mmol eGFR 45-59 ml/min/1,73 m ² met ACR > 3 mg/mmol eGFR 10-44 ml/min/1,73 m ²
Patiënten met hartfalen	HFrEF met linkerventrieklejectiefractie < 40%

Tabel 3 - Stappenplan zeer-hoog-risicopatiënten

Stap 4	Voeg een middel uit het stappenplan voor patiënten zonder zeer hoog risico toe (combinatie GLP1-receptoragonist met DPP4-remmer is niet rationeel en wordt ontraden)
Stap 3	SGLT2 remmer + metformine + GLP1 receptoragonist* + leefstijl
Stap 2	SGLT2 remmer (of evt. GLP1 receptoragonist) + metformine + leefstijl
Stap 1	SGLT2 remmer + leefstijl. Bij contra-indicatie voor SGLT2-remmer: start GLP1 receptoragonist
De basis	Leefstijladviezen

*Bij zeer hoog risico alleen vanwege hartfalen is er geen aangetoond voordeel van een GLP-1 receptoragonist op harde eindpunten.

Tabel 4 - Stappenplan patiënten zonder zeer hoog risico op hart en vaatziekten

Stap 4	Intensiveer insulinebehandeling
Stap 3	Metformine + gliclazide + (middel)langwerkende insuline eenmaal daags)1 ^{ste} keus NPH insuline). Alternatief: DPP4-remmer of GLP1-agonist + leefstijl
Stap 2	Metformine + sulfonylureumderivaat (bij voorkeur gliclazide) + leefstijl
Stap 1	Metformine monotherapie + leefstijl
De basis	Leefstijladviezen

Voor indicaties, doseringen, bijwerkingen en interacties: zie [handreiking DM](#).

Stabiele fase

Jaarlijks Nuchter glucose, HbA1c, eGFR/Creatinine, kalium, natrium en urine ACR.
Elke 3 maanden Glucose nuchter (vingerprik)

NB: bepaal bij patiënten die dagelijks >1 keer insuline spuiten voorafgaand een 4-punts glucose dagcurve en elke 3 tot 6 maanden het HbA1c. Alleen glucose volstaat niet.

Acute ontregeling

Hypoglycaemie

Glucose < 3,5mmol/l met verschijnselen als zweten, hartkloppingen, gapen, rusteloosheid, agitatie of verminderd bewustzijn.

- Neem koolhydraatrijke maaltijd 16-20g suiker.
- Geef 10ml 50% glucose iv of 50ml 10% glucose iv. Of glucagon 1ml sc/im. Daarna evt 20-40ml 50% glucose.

Hyperglycaemie

Glucose > 15mmol/l. (Mild: 15-25mmol/l zonder verschijnselen; matig: 15-25mmol zonder verschijnselen, wel dorst/polyurie; ernstig: >25mmol/l of ziekteverschijnselen (braken <4u, diarree en/of koorts); zeer ernstig: tekenen van dehydratie, braken > 4u, snelle en/of diepe ademhaling, sufheid of (sub)comateus.

2-4-6 regel

Iedere 2 uur de bloedglucose meten

Ultrakortwerkende insuline-analoog bijspuiten tot de waarde <15mmol/mol:

- Bij glucose 15-20mmol/l 4 EH snelwerkend insuline bijspuiten.
- Bij glucose >20mmol/l 6 EH bijspuiten.
- Continueren tot glucose <15mmol/l is. Dan nog elke 2-4 u blijven controleren tot een stabiele normoglycaemische situatie is ontstaan.
- Ieder uur 100-200ml vocht en normale insuline regime handhaven.

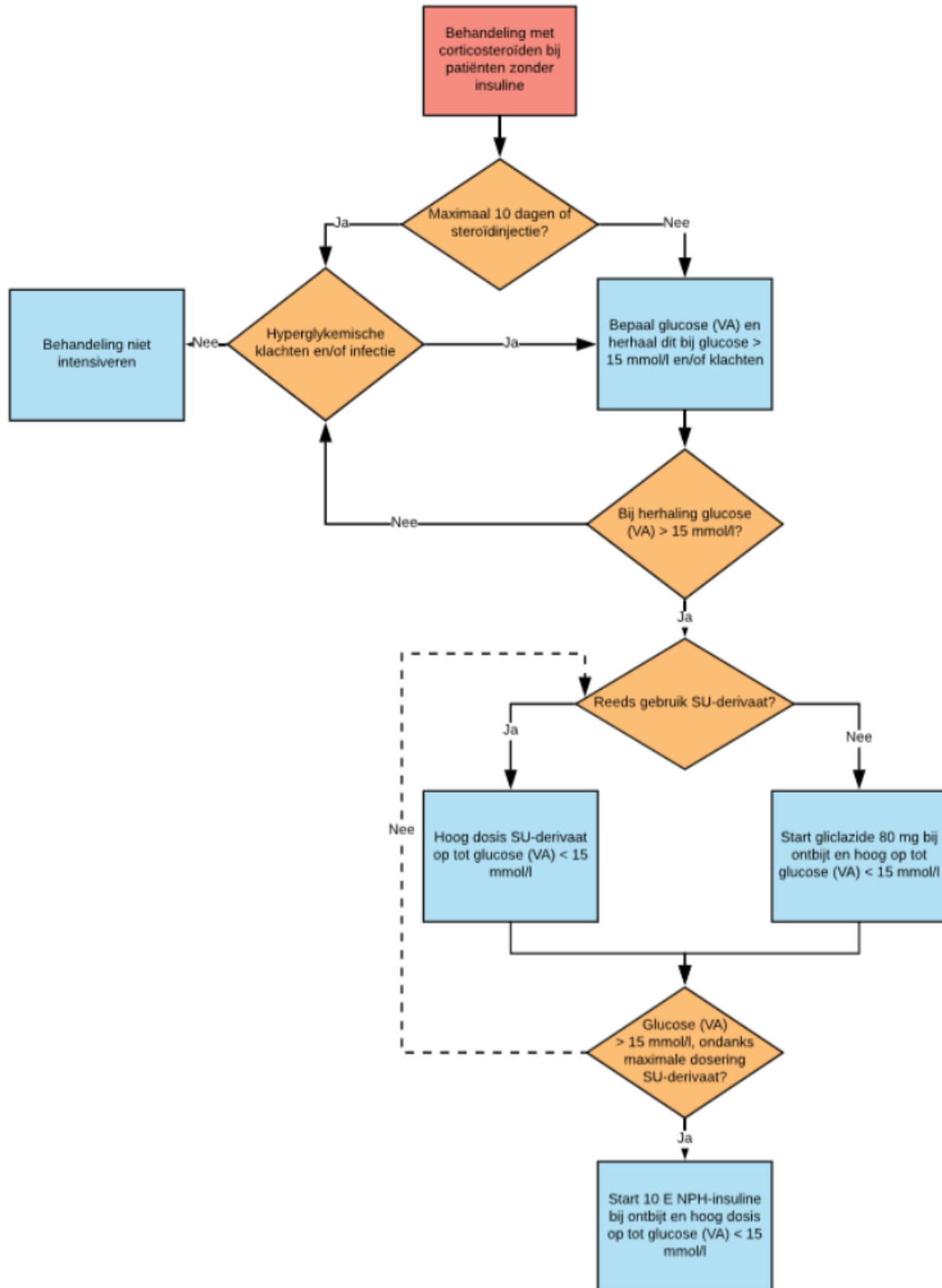
Intercurrente ziekte

Intercurrente ziekte: bij koorts, braken en diarree bestaat het risico op hyper/hypoglycaemie en acute verslechtering van de nierfunctie.

- Staak bij dreigende dehydratie de Metformine.
- Staak het insulinegebruik niet, ook niet als de patiënt minder voedsel inneemt. Bekijk wel of, en zo ja op welke wijze, de insulinedosering moet worden aangepast.
- Overweeg om diuretica te staken indien de patiënt ook chronische nierschade heeft. Beoordeel in deze situatie ook of andere antihypertensiva (met name ACE-remmers en ARB's) in dosering verlaagd moeten worden/ gestaakt.
- Ter preventie van dehydratie is extra vochtinname in de vorm van bouillon geïndiceerd.

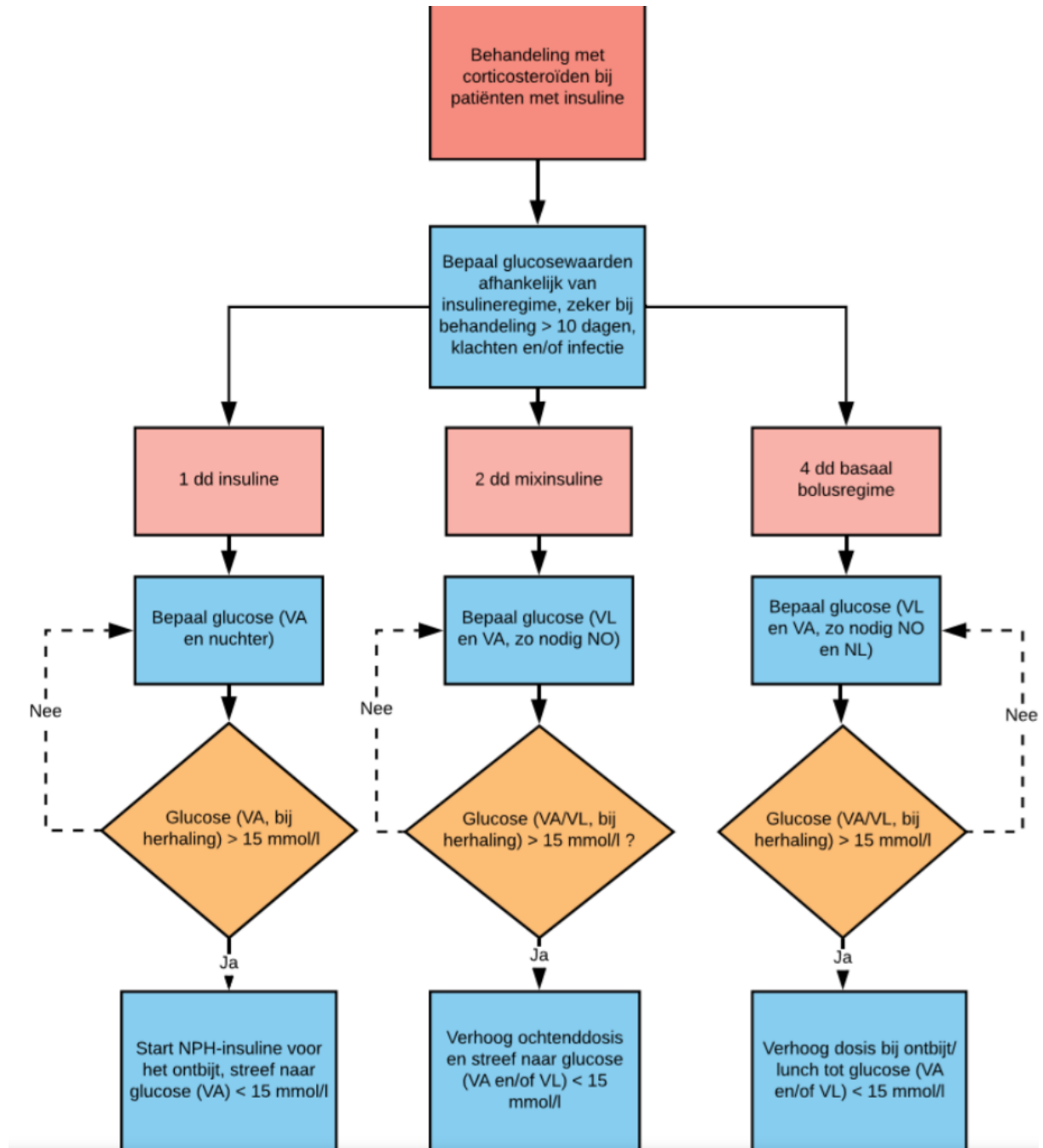
Corticosteroïdgebruik bij Diabetes Mellitus

Figuur 1: Beslisboom behandeling van corticosteroiden bij patiënten zonder insuline:



VA: voor avondmaaltijd

Figuur 2: Beslisboom behandeling van corticosteroiden bij patiënten met insuline:



NO: na ontbijt; VL: voor lunch; NL: na lunch; VA: voor avondmaaltijd