

Regionale Werk Afspraak Utrecht

SGLT2-remmers bij zeer hoog risico patiënten met T2DM



Deelnemende Partijen

De werkafspraken worden gedragen door:

1. Huisartsenzorggroepen regio Utrecht die aangesloten zijn bij Trijn.
2. Ziekenhuizen in Utrecht die aangesloten zijn bij Trijn.

Bijbehorende documenten:

Deze werkafpraak is gekoppeld aan de RTA T2DM.

Status: Pre definitief	Looptijd: 2 jaar	Eigenaar: Trijn	Beheerder: RTA coördinator
Versie: nov 2022			
Wijze van publicatie: websites partijen en website Trijn	Evaluatie datum: 1-7-2023	Contactpersoon: Bertien Hart	E-mailadres contactpersoon: BHart@lrjg.nl

Doelstelling

Het doel van deze werkspraak is een optimale en veilige inzet van SGLT2-remmers bij zeer hoog risico patiënten met T2DM te bewerkstelligen.

Deze werkspraak is tot stand gekomen in samenspraak met endocrinologen, vasculair internisten, cardiologen en nefrologen uit UMC Utrecht, St. Antonius Ziekenhuis en Diakonessenhuis en kaderhuisartsen uit de regionale zorggroepen (Huisartsen Utrecht Stad, RegioZorgNu en Unicum). De SGLT2-remmer kan gestart worden in eerste, tweede of derde lijn.

Patiënten doelgroep van deze RTA*:

De zeer hoog risico patiënten met T2DM (zie tabel) en daarbij:

- voldoende levensverwachting (> 5 jaar) en niet kwetsbaar
- eGFR > 30 ml/ min/ 1.73 m²
- HbA1c > 53 mmol/mol

Patiënten met eerder doorgemaakte hart- en vaatziekten	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 een matig tot sterk verhoogd cardiovasculair risico	eGFR ≥ 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 linkerventrieklejectiefractione < 40%

* Cardiologen/nefrologen/vasculair interniste/ endocrinologen kunnen zo nodig vanuit hun richtlijnen/ expertise in de tweede lijn ook voor andere indicaties een SGLT2-remmer inzetten.

** Heart failure with reduced ejection fraction

Contra-indicaties SGLT2-remmers

Niet starten bij:	eGFR < 30 ml/min/1.73 m ² alcoholisme ondervoeding intermitterend vasten ketogeen dieet (< 70 gram KH/ dag) voetulcus rec. genitale (mycotische) infecties zwangerschap
Staken indien:	het ontstaan van een voetulcus het ontstaan van gangreen van Fournier (verdenking) diabetische ketoacidose
Tijdelijk staken bij:	dreigende dehydratie grote operatieve ingreep

Arts die behandeling met SGLT2-remmers opstart

1. Geeft informatie aan patiënt

Geef onderstaande educatie en verwijst ook naar: [SGLT2-remmer invulformulier \(diabetes2.nl\)](#)

Laat patiënt met SGLT2-remmer stoppen en contact opnemen met de zorgverlener bij:

- fors minder eten dan normaal
- een streng koolhydraatarm dieet
- een koortsende ziekte
- misselijkheid en braken
- dorst of te weinig drinken bij een hittegolf of koorts
- diarree
- voorafgaand aan een operatie in het ziekenhuis
- een wond(je) aan de voet dat niet geneest
- pijn, roodheid of zwelling in de schaamstreek

Als patiënt hersteld is kan SGLT2-remmer weer herstart worden. Neem bij twijfel contact op met de diabetes behandelaar.

- bij Ramadan: neem de tablet in bij de avondmaaltijd
- zelfzorg instructies ter voorkoming van genitale schimmelinfecties

2. Bepaalt voorafgaand aan start SGLT2-remmer het HbA1c en de eGFR, indien geen recente waarde bekend is (> 3 maanden terug)

3. Past zo nodig de bloedglucose verlagende middelen aan, controleert glucose nuchter na 1-2 weken en informeert naar hypoglykemie

Neemt contact op met diabetesbehandelaar als na twee weken glucose nuchter > 10 mmol/l

Tabel: aanpassing diabetesmedicatie bij start SGLT2-remmer indien HbA1c < 64 mmol/mol om hypoglykemie te voorkomen (indien HbA1c > 64 mmol/mol dan is aanpassing diabetesmedicatie niet nodig).

Huidige medicatie	Aanpassingen
Medicatie met laag risico op hypoglykemie (metformine, DPP4-i, GLP1-ra)	Geen
SU-derivaat	Stop bij gebruik van gliclazide 1 dd 30 of 80 mg, glimepiride 1 dd 2 mg of tolbutamide 1-2 dd 500 mg Halveer de dosering bij hogere doseringen
Insuline	Basaal insuline: < 12 eenheden: stop ≥ 12 eenheden: verlaag met 20% Bolus insuline: verlaag met 20%
SU-derivaat + insuline ¹	Basaal insuline: < 12 eenheden: stop insuline of halveer/stop SU-derivaat ≥ 12 eenheden: verlaag insuline met 20% Bolus insuline: verlaag insuline met 20%

¹ Aangezien insuline de grootste kans geeft op een hypoglykemie heeft het de voorkeur om eerst de insuline aan te passen.

4. Controleert twee weken na start SGLT2-remmer de eGFR

- daling tot 20% is een normale fysiologische reactie en vereist geen verdere actie
- daling eGFR > 20%: vervolgen en gebruik SGLT2-remmer faciliteren door andere medicatie die nierfunctie negatief kan beïnvloeden aan te passen of te stoppen mede afhankelijk van co-morbiditeit (bv staken lisdiureticum)
- bij daling eGFR tot ≤ 20 ml/ min/ 1.73 m²: SGLT2 remmer stoppen en overleg met nefroloog of aanvullende maatregelen nodig zijn (zoals bepaling van serum-kalium, meting van de bloeddruk, uitsluiten andere oorzaak acute nierinsufficiëntie)
- bij vragen over aanpassing medicatie verdient teleconsultatie de voorkeur onder vermelding van naam behandelend arts
- na aanpassing medicatie eGFR weer vervolgen (controle na 2-4 weken)

5. Bewaakt de bloeddruk bij strakke bloeddruk instelling (bij meer kwetsbare patiënten)

- start niet zolang systolische bloeddruk < 100 mg Hg
- past zo nodig medicatie aan, zoals bijvoorbeeld het staken/verlagen van calciumantagonist
- bij vragen over aanpassing medicatie verdient teleconsultatie de voorkeur onder vermelding van naam behandeld arts
- vervolgt bloeddruk na start SGLT2-remmer

6. Indien stabiel ingesteld en van toepassing: terugkoppeling aan hoofdbehandelaar diabetes met duidelijke afspraken over vervolgbeleid en controles

Specialist koppelt terug via brief in Edifact.

Huisarts vraagt patiënt om medicatiewijziging te bespreken bij eerstvolgende contact met specialist.

Contactpersonen

Naam	Discipline
Floris Hirsch	Kaderhuisarts diabetes i.o. van zorggroep Unicum
Shafiq Alikhil	Kaderhuisarts diabetes i.o. van zorggroep HUS
Diana Rietdijk	Kaderhuisarts diabetes van zorggroep RegiozorgNU
Bertien Hart	Kaderhuisarts diabetes van zorggroep RegiozorgNU/ Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra
Rob van Tooren	Cardioloog St. Antonius Ziekenhuis
Geert van Hout	Cardioloog UMCU en St. Antonius Ziekenhuis
Manon van der Meer	Cardioloog UMCU
Lienke de Vries-Feyens	Cardioloog Diakonessenhuis
Wendela de Ranitz	Internist-endocrinoloog UMCU
Thomas van Sloten	Vasculair internist UMCU
Harold de Valk	Internist-endocrinoloog UMCU
Lars Klieverik	Internist-endocrinoloog St. Antonius Ziekenhuis
Ingo Eland	Internist-endocrinoloog St. Antonius Ziekenhuis
Gerdien Belle – van Meerkerk	Internist-endocrinoloog Diakonessenhuis
Susan Logtenbergh	Nefroloog Diakonessenhuis
Sabine Meijvis	Nefroloog UMCU
Gurbey Ocak	Nefroloog St. Antonius Ziekenhuis
Marianne Verkerk	Programmamanager chronische zorg RegiozorgNu
Gertrud van Vulpen	Stadscoördinator Chronische Zorg Sterkz.org