

SGLT2 in de praktijk

Wie zet SGLT2 al actief in?
Welke ervaringen heb je tot nu toe hiermee?

Casus Mw de Jager 58 jaar

Voorgeschiedenis:

DM2 sinds 5 jaar

CVA 2 jaar geleden

Medicatie:

Metformine 2x 1 gram, Gliclazide 120mg, NPH insuline 44EH

Atorvastatine 40mg, Clopidogrel 75mg

Lab:

HbA1c 66 BMI 29 RR 133/87

LDL 2.3 eGFR 88 ACR 2.9

	N	NO	VL	NL	VA	NA	VS	N	O	M	A	S
	6.8		10.2		8.5		12.5					44i
	7.2		11.3		9.4		13.1					
	7.6		11.8		8.8		12.8					

Welke behandelopties heb je?

NHG standaard DM2

Tabel 5. Zeer hoog risico patiënten (alleen niet-kwetsbaar, met levensverwachting >5 jaar, en met eGFR >10ml/min/1,73m²)¹

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 ²	• eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² met ACR > 30 mg/mmol • eGFR 45-59 ml/min/1,73 m² met ACR > 3 mg/mmol • eGFR 10-44 ml/min/1,73 m²
Patiënten met hartfalen	HFrEF met linkerventrikelejectiefractie < 40%

¹ Gebaseerd op de CVRM-richtlijn (2019), zie de details die als bijlage bij deze NHG-Standaard zijn opgenomen.

² Zie de [NHG-Standaard Chronische nierschade](#). ACR = albumine-creatinineratio

NHG standaard DM2

Tabel 5. Zeer hoog risico patiënten (alleen niet-kwetsbaar, met levensverwachting >5 jaar, en met eGFR >10ml/min/1,73m²)¹

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 ²	• eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² met ACR > 30 mg/mmol • eGFR 45-59 ml/min/1,73 m² met ACR > 3 mg/mmol • eGFR 10-44 ml/min/1,73 m²
Patiënten met hartfalen	HFrEF met linkerventrikelejectiefractie < 40%

¹ Gebaseerd op de CVRM-richtlijn (2019), zie de details die als bijlage bij deze NHG-Standaard zijn opgenomen.

² Zie de [NHG-Standaard Chronische nierschade](#). ACR = albumine-creatinineratio

NHG standaard DM2

Tabel 6. Stappenplan voor patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten (zie tabel 5)

Stap 1	SGLT2-remmer. Bij contra-indicatie voor SGLT2-remmer (bijvoorbeeld $\text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, zie ook tabel 9): start GLP1-receptoragonist.*
Stap 2	Voeg metformine toe.
Stap 3	Voeg een GLP1-receptoragonist toe.*
Stap 4	Voeg een van de middelen uit het stappenplan voor patiënten zonder zeer hoog risico toe (combinatie van GLP1-receptoragonist met DPP4-remmer is niet rationeel en wordt ontraden).

**Bij een zeer hoog risico alleen vanwege hartfalen is er geen aangetoond voordeel van een GLP1-receptoragonist op harde eindpunten.*

NHG standaard DM2

Tabel 14. Aanpassingen dosering bloedglucoseverlagende medicatie bij toevoegen van SGLT2-remmer of GLP1-receptoragonist

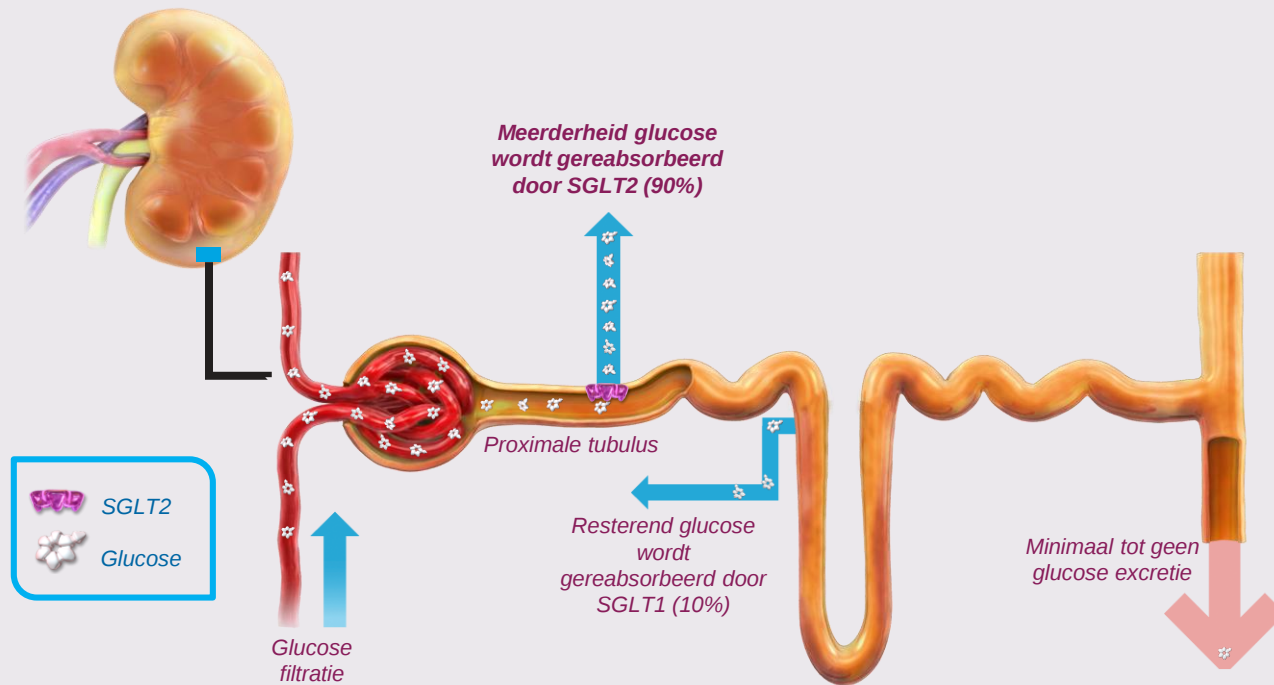
Huidige medicatie	Aanpassingen (alleen nodig bij $HbA_{1c} < 64$ mmol/mol) ¹
Medicatie met laag risico op hypoglykemie (metformine, DPP4-remmer, GLP1-receptoragonist)	Geen
Sulfonylureumderivaat	• Stop bij gebruik van gliclazide 1 dd 30 of 80 mg, glimepiride 1 dd 2 mg of tolbutamide 1-2 dd 500 mg • Halveer de dosering bij hogere doseringen
Insuline	• Basaal insuline: < 12 eenheden: stop ≥ 12 eenheden: verlaag met 20% • Bolus insuline: verlaag met 20%
Sulfonylureumderivaat + insuline ²	• Basaal insuline: < 12 eenheden: stop insuline of halveer/stop sulfonylureumderivaat² ≥ 12 eenheden: verlaag insuline met 20% • Bolus insuline: verlaag insuline met 20%

NHG standaard DM2

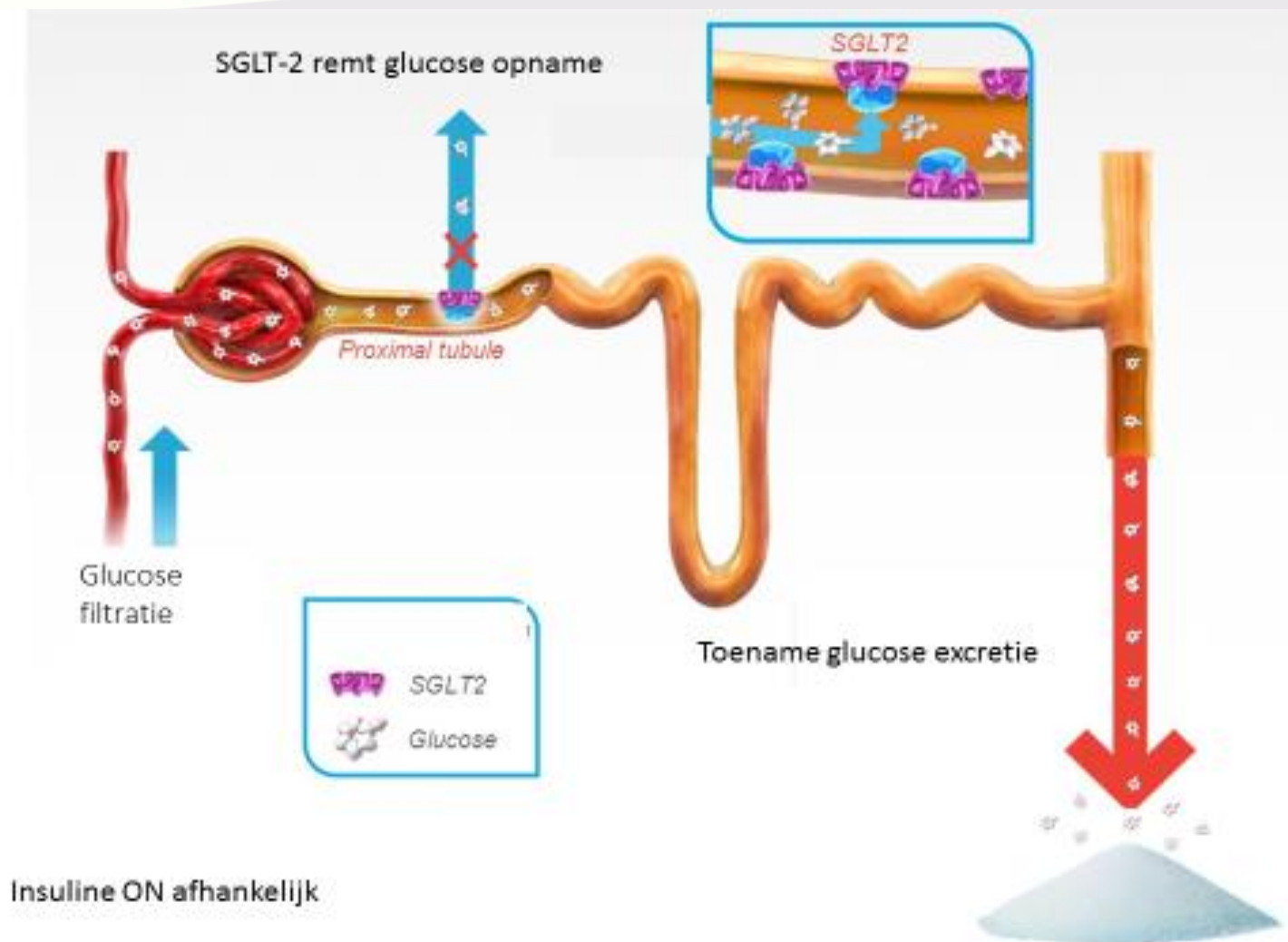
Tabel 14. Aanpassingen dosering bloedglucoseverlagende medicatie bij toevoegen van SGLT2-remmer of GLP1-receptoragonist

Huidige medicatie	Aanpassingen (alleen nodig bij $HbA_{1c} < 64$ mmol/mol) ¹
Medicatie met laag risico op hypoglykemie (metformine, DPP4-remmer, GLP1-receptoragonist)	Geen
Sulfonylureumderivaat	- 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%
Sulfonylureumderivaat + insuline ²	- Basaal insuline: < 12 eenheden: stop insuline of halveer/stop sulfonylureumderivaat² ≥ 12 eenheden: verlaag insuline met 20% - Bolus insuline: verlaag insuline met 20%

Normale situatie werking SGLT2



Werking SGLT2-remmer



Checklist regulier gebruik SGLT2

- ☐ Therapietrouw
- ☐ HbA1c volgens streefwaarde
- ☐ Check nierfunctie (>30 eGFR ml/min/1,73m²)
- ☐ Hypoglykemieën
- ☐ Urineweg/ genitale infecties
- ☐ Uitdroging of hypotensie
- ☐ Controleer de voeten
- ☐ Niet kwetsbaar
- ☐ Kans op ketoacidose bij:
 - alcoholisme
 - beperkte voedselinname
 - (<70gram KH per dag/ intermitterend vasten)

[SGLT2-remmer invulformulier \(diabetes2.nl\)](https://diabetes2.nl)

Wanneer stop je SGLT2

- ☐ Bij ziekte (braken/diarree)
- ☐ Slechte intake (voeding en vocht)
- ☐ Meestal voor een operatie/ onderzoek bij nuchter zijn
- ☐ Voetulcus
- ☐ Gangreen van Fournier (necrose van geslachtsorganen)
- ☐ Zwangerschap(swens)
- ☐ Bijwerkingen (keto-acidose/ recidiverende UWI/ genitale infecties)

Verpleegkundig consulent KZF

Elise Bouwman (DM2 en CVRM): E.Bouwman@ketenzorgfriesland.nl

Judith Steen (DM2 en CVRM): J. Steen@ketenzorgfriesland.nl

Mariëlle Wijmenga (DM2 en CVRM): m.wijmenga-betten@ketenzorgfriesland.nl

Marjan Veltman (Astma/COPD): m.veltman@ketenzorgfriesland.nl

