

Stappenplan medicamenteuze behandeling DM2 patiënten zonder zeer hoog CV (cardiovasculair) risico,  
bewerkt naar NHG Standaard november 2021

*Leefstijl*

Stap 1

Metformine

Sulfonylureumderivaat

Stap 2

Alternatief bij grote kans op hypo's of wanneer hypo's onaanvaardbaar zijn:  
GLP-1-receptoragonist of DPP-4-remmer\*

1dd NPH-insuline

Stap 3

Alternatief wanneer insuline onwenselijk is e/o  $HbA_{1c} < 15\text{mmol/mol}$  boven streefwaarde:  
GLP-1-receptoragonist of DPP-4-remmer\* indien nog niet eerder gebruikt

Basaalbolus / mix

Stap 4

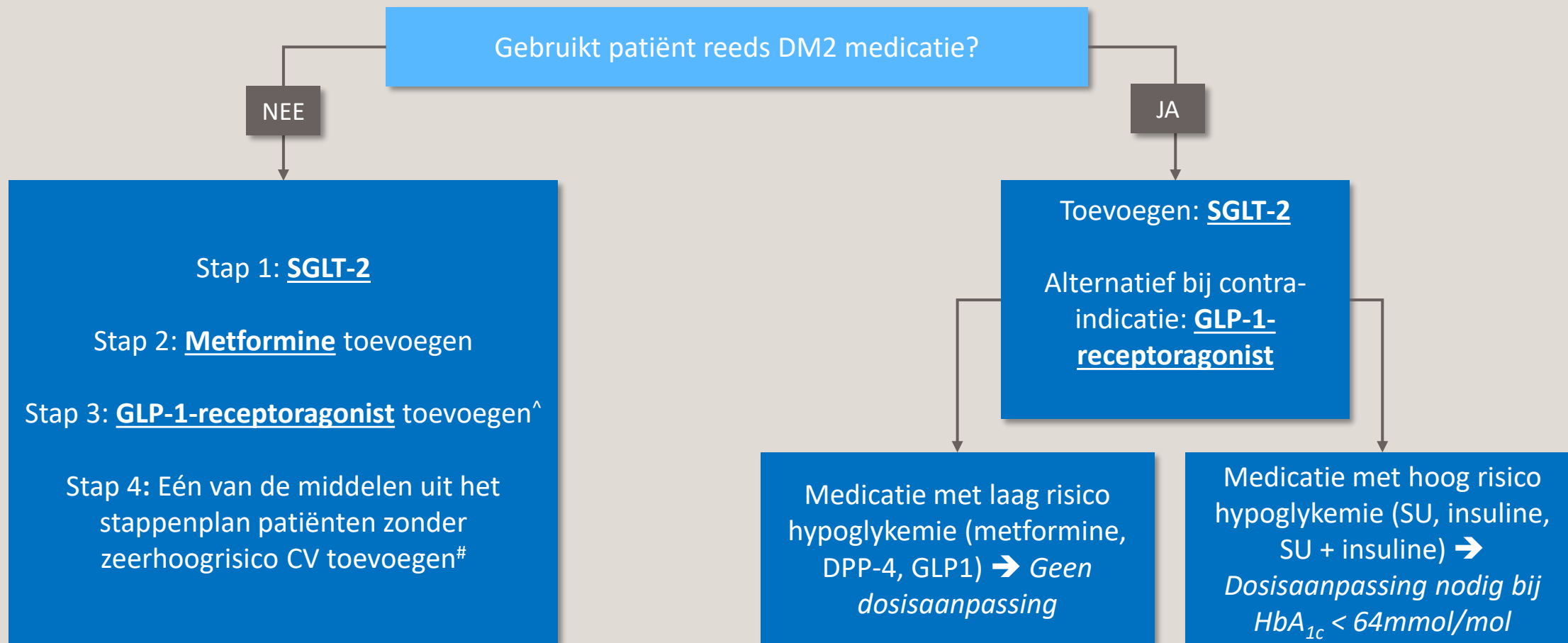
Alternatief wanneer meermaals daags spuiten onhaalbaar is e/o  $HbA_{1c} < 15\text{mmol/mol}$  boven streefwaarde:  
GLP-1-receptoragonist of DPP-4-remmer\* indien nog niet eerder gebruikt

\*Betrekt bij de keuze tussen GLP-1 of DPP-4 de volgende factoren: de streefwaarde<sup>^</sup>, BMI<sup>#</sup>, vergoeding<sup>&</sup>, mate van gewenste  $HbA_{1c}$ -daling, leefstijl, therapietrouw, contra-indicatie, en veiligheid op langere termijn.

<sup>^</sup>Bij een streefwaarde  $> 8\text{ mmol}$  heeft GLP-1 de voorkeur; bij een streefwaarde  $< 8\text{ mmol}$  heeft DPP-4 de voorkeur.

<sup>#</sup>Bij een BMI van  $30 - 35\text{kg/m}^2$  heeft DPP-4 de voorkeur o.b.v. toedieningsvorm, vergoedingsvoorwaarden en kosten; bij een BMI  $>35\text{kg/m}^2$  heeft GLP-1 de voorkeur i.v.m. het gunstige effect op het gewicht.

<sup>&</sup>GLP-1 voorlopig enkel vergoed bij BMI  $\geq 30\text{kg/m}^2$



\*Patiënten met eerder doorgemaakte hart- en vaatziekten, patiënten met hartfalen en/of patiënten met chronische nierziekte met een matig tot sterk risico op hart- en vaatziekten.

<sup>^</sup>Bij een zeer hoog risico alleen vanwege hartfalen is er geen aangetoond voordeel van een GLP1-receptoragonist op harde eindpunten

<sup>#</sup>Combinatie van GLP1-receptoragonist met DPP4-remmer is niet rationeel en wordt ontraden.

## Diabetes Mellitus Type 2 patiënten met zeer hoog cardiovasculair risico

(alleen indien niet-kwetsbaar, met levensverwachting > 5 jaar, en met een eGFR > 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> )

### 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 matig tot sterk verhoogd cardiovasculair risico<sup>3</sup>

- eGFR ≥ 60 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup> met ACR > 30 mg/mmol
- eGFR 45-59 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup> met ACR > 3 mg/mmol
- eGFR 10-44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

### Patiënten met hartfalen

- HFrEF met Linker ventrikel ejectiefractie < 40%

## Streefwaarden HbA<sub>1c</sub>

Leeftijd	Medicatie	Diabetesduur	Hba1c
< 70 jaar	Geen	n.v.t.	<53 mmol/mol
>70 jaar	Monotherapie MF/SGLT-2 GLP-1	n.v.t.	<53 mmol/mol
	Meerdere medicamenten	< 10 jaar	53-58 mmol/mol
		> 10 jaar	53-64 mmol/mol
Kwetsbaar en levensverwachting van 1-5 jaar	Bouw medicatie met hypo-risico af	n.v.t	58-69 mmol/mol
Levensverwachting < 1 jaar	Voorkom klachten: gluc <20	n.v.t.	n.v.t.

1. Bij kwetsbare ouderen en patiënten met een korte levensverwachting (arbitrair < 5 jaar) is het behandeldoel met name gericht op het voorkómen van symptomatische hypo-/hyperglykemie en het behoud van kwaliteit van leven. Het stappenplan in deze toevoeging is met name gericht op het voorkómen van langetermijncomplicaties in de toekomst, en is om die reden niet strikt van toepassing op deze subgroep.

2. Gebaseerd op de CVRM-richtlijn (2019), zie de submodules 'SGLT-2-remmers' en 'GLP-1-agonisten'.

3. Zie de [NHG-Standaard Chronische Nierschade](#).