

**FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA AUGUSTUS
2020**

Folia Ouderenzorg

Formularium Ouderenzorg: wijziging van de selectie bij type 2-diabetes

De redactie van het Formularium Ouderenzorg heeft de selectie voor glykemiecontrole bij type 2-diabetes gewijzigd (zie Formularium Ouderenzorg, glykemiecontrole, belangrijkste wijzigingen). Het risico van hypoglykemie (en de gevolgen ervan) is mogelijk hoger in deze oudere populatie. Hypoglykemiërende sulfamiden en insuline maken geen deel meer uit van de selecties. De nadruk wordt gelegd op het belang van het regelmatig evalueren van de gezondheidstoestand van de diabetespatiënt die verouderd en autonomie verliest, en op het herzien en indien nodig verhogen van de glykemiestreefwaarden wanneer de autonomie van de patiënt afneemt. Dit betekent dat soms zal worden beslist om geen bijkomende geneesmiddelen te starten of zelfs sommige geneesmiddelen te stoppen (therapeutische afbouw of *deprescribing*). Bij oudere patiënten zonder significante comorbiditeiten, met een behouden autonomie en wiens glykemie (met een streefwaarde die individueel is vastgelegd op basis van een gedeeld besluitvormingsproces) niet langer voldoende gecontroleerd is met aanpassing van de levensstijl en metformine alleen, kan een volgende medicamenteuze stap overwogen worden. Voor deze stap wordt in het formularium geen selectie gemaakt bij gebrek aan gegevens die bij (hoog)bejaarden een onderbouwde keuze mogelijk maken. De keuze dient te gebeuren in samenspraak met de patiënt en zijn zorgverstrekkers.

De aanpak van type 2-diabetes bij oudere patiënten, in tijden van therapie op maat van de patiënt: glykemiecontrole nog vaak als te strikt beschouwd

Sinds enkele jaren wordt in internationale aanbevelingen benadrukt dat rekening moet gehouden worden met verschillende parameters bij het aanpassen van de glykemiestreefwaarden. De oudere, meer kwetsbare diabetespatiënten behoren tot de patiëntencategorieën bij wie de glykemiecontrole minder strikt mag zijn. In het Formularium Ouderenzorg meldden we reeds een epidemiologische studie, uitgevoerd in West-Europa¹, waaruit bleek dat de glykemiecontrole bij bijna de helft van de diabetespatiënten van 65 jaar of ouder te strikt was voor hun leeftijd (gegevens daterend van de periode 2009-2010, dus de periode voordat het unaniem aanbevolen werd om het streefdoel aan te passen op maat van de patiënt).

In een recentere Amerikaanse epidemiologische studie (cross-sectioneel onderzoek) werd de situatie van oudere diabetespatiënten onderzocht (gegevens tussen 2014 en 2016).² Iets meer dan 30.000 diabetespatiënten die een medicamenteuze behandeling kregen, werden bestudeerd. Een strikte controle ($HbA_{1c} < 7\%$) met geneesmiddelen met hoog risico van hypoglykemie werd gezien bij 26% van de patiënten. Factoren die onafhankelijk geassocieerd lijken aan deze strikte glykemiecontrole met geneesmiddelen met hoog risico van hypoglykemie, zijn: oudere leeftijd, mannelijk geslacht, hartfalen, nefropathie, coronairlijden. Hoewel dit percentage gedaald is ten opzichte van de vorige studie, blijft het aantal oudere patiënten met een mogelijk te strikte glykemiecontrole hoog.

Risico van trauma geassocieerd met het gebruik van antidiabetica bij ouderen

Een Franse retrospectieve epidemiologische studie³ onderzocht het risico van ziekenhuisopname voor trauma's geassocieerd aan het gebruik van antidiabetica bij patiënten van 65 jaar en ouder. De auteurs verdeelden de geneesmiddelen in twee groepen: de antidiabetica met risico van hypoglykemie (insuline, hypoglykemiërende sulfamiden en gliniden) en de andere antidiabetica. Het risico van ziekenhuisopname voor trauma's was 25% hoger bij de patiënten die geneesmiddelen met risico van hypoglykemie kregen (voor de 3 geneesmiddelen samen). Bij analyse in functie van het geneesmiddel was het risico 47% hoger met insuline en 34% hoger met de gliniden. Voor de hypoglykemiërende sulfamiden werd geen statistisch significante toename van het risico aangetoond.

Conceptueel kader voor gedeelde besluitvorming

De *Endocrine Society* (bestaande uit de *European Society of Endocrinology*, de *Gerontological Society of America* en de *Obesity*

Society) publiceerde in 2019 haar *Guideline voor de behandeling van de oudere diabetespatiënt*⁴. De beoordeling van de gezondheidstoestand van de oudere diabetespatiënt is een essentiële voorwaarde voor een geïndividualiseerde aanpak. Ze stellen een **conceptueel kader** voor dat rekening houdt met de gezondheidstoestand van de patiënt, evenals met zijn waarden en verwachtingen, om zo een gedeelde besluitvorming over een adequate glykemiestreefwaarde mogelijk te maken. Dit conceptueel kader is geïnspireerd op het werk van Blaum et al.⁵ die suggereert om een functionele status van de oudere patiënt op te stellen, rekening houdend met de aanwezigheid van chronische ziekte(n), van cognitieve en/of visuele stoornissen en van de mate van afhankelijkheid (gemeten aan de hand van de iADL en ADL). Het risico van hypoglykemie (en de gevolgen ervan) is een ander sleutelement in deze aanbeveling. Dit risico neemt bij de oudere patiënt toe naarmate zijn autonomie afneemt, wat het belang van het individualiseren van de glykemiestreefwaarde in functie van de patiënt rechtvaardigt. **Gedeelde besluitvorming** is een proces dat zorgt voor interactie tussen de patiënt (en/of zijn omgeving) en zijn zorgverstrekkers. De keuze van de glykemiestreefwaarde (en van de behandeling) gebeurt op basis van het profiel van de patiënt, zijn voorgeschiedenis en comorbiditeit. Daarbij is het nuttig om rekening te houden met volgende parameters: de verwachte voordelen, de mogelijke risico's, de ervaring en wensen van de patiënt, met daarbij aandacht voor het beperken van polymedicatie.

Opgesteld op basis van « Blaum framework »

Chronic illnesses
Bijvoorbeeld : artrose, arteriële hypertensie, CKD stadia 1 à 3, CVA, ...

ADL
(Activity of Daily Living) =

- ✓ Zich wassen
- ✓ Zich aankleden
- ✓ Eten
- ✓ Naar toilet gaan
- ✓ Zich verplaatsen

iADL
(instrumental Activity of Daily Living) =

- ✓ Maaltijd bereiden
- ✓ Boodschappen doen
- ✓ Financiële zaken beheren
- ✓ Telefoon gebruiken
- ✓ Medicatie beheren

Table 3. Conceptual Framework for Considering Overall Health and Patient Values in Determining Clinical Targets in Adults Aged 65 y and Older

Overall Health Category	Group 1: Good Health	Group 2: Intermediate Health	Group 3: Poor Health
Patient characteristics	No comorbidities or 1-2 non-diabetes chronic illnesses and No ADL ^a impairments and ≤1 iADL impairment	3 or more non-diabetes chronic illnesses ^a and/or Any one of the following: mild cognitive impairment or early dementia ≥2 iADL impairments	Any one of the following: End-stage medical condition(s) ^a Moderate to severe dementia ≥2 ADL impairments Residence in a long-term nursing facility
Use of drugs that may cause hypoglycemia (e.g., insulin, sulfonylurea, glinides)	No Fasting: 90-130 mg/dL Bedtime: 90-150 mg/dL <7.5%	Yes ^c Fasting: 90-150 mg/dL Bedtime: 100-180 mg/dL ≥7.0 and <7.5%	Yes ^c Fasting: 100-180 mg/dL Bedtime: 110-200 mg/dL ≥8.0 and <8.5% ^e

Reasonable glucose target ranges and HbA1c by group
Shared decision-making: individualized goal may be lower or higher

End-stage medical condition(s) =
Aandoeningen met beperkte behandelingsopties en verminderde levensverwachting. Bijvoorbeeld gemetastaseerde kanker, longaandoening met nood voor zuurstof, ESRD met dialyse, ernstig hartfalen, ...

Een aanvaardbare glykemiestreefwaarde
wordt voorgesteld, in functie van de gezondheidstoestand van de patiënt. Met volgende 4 parameters moet rekening gehouden worden bij het proces van gedeelde besluitvorming :
✓ Verwachte voordelen
✓ Mogelijke risico's
✓ Ervaring/wensen van de patiënt
✓ Beperken van polymedicatie

Tabel uit : LeRoith D, et al. Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2019;104(5):1520-74

Conclusies en wijzigingen in de selecties van het Formularium Ouderenzorg

De redactie van het Formularium Ouderenzorg heeft besloten om glivolidon en insuline met intermediaire werkingsduur niet langer te selecteren in het formularium (tweede stap in de medicamenteuze behandeling). Er worden ook geen andere antidiabetica geselecteerd als tweede stap, bij gebrek aan gegevens die bij (hoog)bejaarden een onderbouwde keuze mogelijk maken. Deze beslissing is gebaseerd op de vaststelling dat oudere diabetespatiënten nog vaak "overbehandeld" worden, en dat het risico en de gevolgen van hypoglykemie belangrijker zijn bij deze patiënten. Therapeutische afbouw (*deprescribing*) zou deel moeten uitmaken van de voorschrijfgewoonten bij de oudere diabetespatiënt met comorbiditeiten en/of verminderde autonomie, het overgrote deel van de diabetespopulatie eens de leeftijd van 80 gepasseerd. Er is geen bewijs van winst in termen van morbiditeit of mortaliteit van een strikte glykemiecontrole in deze kwetsbare populatie. Aanpassingen aan de levensstijl en metformine blijven selecties in het Formularium Ouderenzorg. De nadruk wordt gelegd op het belang van het regelmatig evalueren van de gezondheidstoestand van de diabetespatiënt die veroudert en autonomie verliest, en op het herzien en indien nodig verhogen van de glykemiestreefwaarden wanneer de autonomie van de patiënt afneemt. Bij oudere diabetespatiënten zonder significante comorbiditeiten, met behouden autonomie en wiens glykemie (met een streefwaarde die individueel is vastgelegd op basis van een gedeeld besluitvormingsproces) niet langer voldoende

gecontroleerd is door aanpassing van de levensstijl en metformine alleen, kan een volgende medicamenteuze stap overwogen worden. Ook hier is het aangewezen de keuze te maken op basis van gedeelde besluitvorming. Voor deze stap wordt in het formularium geen selectie gemaakt.

Specifieke bronnen

- 1 Muller, N. & Khunti, K. & Kuss, O. Is there evidence of potential overtreatment of glycaemia in elderly people with type 2 diabetes? Data from the GUIDANCE study. *Acta Diabetol* 2017;54(2):209-14. doi: 10.1007/s00592-016-0939-9. Epub 2016 Nov 11.
- 2 Arnold SV, Lipska KJ, Wang J, et al. Use of Intensive Glycemic Management in Older Adults with Diabetes Mellitus. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:1190-4.
- 3 Arnaud M, Pariente A, Bezin J, et al. Risk of Serious Trauma with Glucose-Lowering Drugs in Older Persons: A Nested Case-Control Study. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:2086-91.
- 4 LeRoith D, Biessels GJ, Braithwaite SS, et al. Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2019;104(5):1520-74 doi: 10.1210/jc.2019-00198 (*Cosponsoring Associations: European Society of Endocrinology, The Gerontological Society of America, and The Obesity Society.)
- 5 Blaum C, Cigolle CT, Boyd C, et al. Clinical complexity in middle-aged and older adults with diabetes: the Health and Retirement Study. *Med Care*. 2010; 48(4):327-334

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.