**Behandeladviezen diabetes mellitus verschillende palliatieve stadia**

Stabiele fase en een prognose van langer dan een jaar

Streefwaarde: HbA1c < 65 mmol/l.
Bloedglucosewaarden: 6-15 mmol/l.

Orale medicatie: overweeg preventieve medicatie te staken (denk ook aan preventieve medicatie voor cardiovasculaire aandoeningen, zoals statines).

Orale medicatie stoppen bij verdenking klinische klachten of klaring < 30 ml/min.

Insuline(pomp): aanpassen op geleide van voedingsintake en lichamelijke activiteit, bij behandeling met corticosteroïden.

Progressieve fase, prognose enkele maanden

Streefwaarde: HbA1c niet langer relevant.
Bloedglucosewaarden: 6-15 mmol/l.

Orale medicatie stoppen bij verdenking klinische klachten of klaring < 30 ml/
min.
Indien zowel orale medicatie als insuline wordt gebruikt: staken orale medicatie.
Na stoppen orale medicatie en twijfel over bloedglucosegerelateerde klachten:
controle namiddagbloedglucose (tussen 15 en 17 uur). Indien bloedglucose > 15
mmol/l: (her)start 30 mg gliclazide.

Insuline(pomp): aanpassen op geleide van voedingsintake en lichamelijke activiteit, bij behandeling met corticosteroïden.
Overweeg bij alle insulinedoseringsschema’s deze over te zetten op een eenmaal daags lang werkend analoog (glargine/detemir) in de ochtend. Dosering bij aanvang maximaal 50-75% van de totale dagelijkse dosis insuline in oude schema. Bepaal daarna maximaal tweemaal per week de middagbloedglucosewaarde (tussen 15 en 17 uur).
Indien bloedglucose < 8 mmol/l: 10-20% minder lang werkend analoog.
Indien > 20 mmol/l: 10-20% meer langwerkend analoog.
Bij reeds 2 maal daags insulineschema: overweeg over te zetten op 2 maal daags mixregime.

Gevorderde fase, prognose enkele weken

Streefwaarde: HbA1c niet langer relevant.
Bloedglucosewaarden: 8-20 mmol/l.

Orale medicatie: metformine, DPP4-remmer en GLP-1-analoog stoppen. SU-derivaat: alleen kortwerkende preparaten (gliclazide/tolbutamide): stoppen of halveren.
.Na stoppen orale medicatie en twijfel over bloedglucosegerelateerde klachten:
controle namiddagbloedglucose (15 tot 17 uur). Indien bloedglucose > 15 mmol/
l: (her)start 30 mg gliclazide.

Insuline(pomp): aanpassen op geleide van voedingsintake en lichamelijke activiteit, bij behandeling met corticosteroïden.
Overweeg bij alle insulinedoseringsschema’s deze over te zetten op een een-
maal daags lang werkend analoog (glargine/detemir) in de ochtend. Dosering
bij aanvang maximaal 50-75% van de totale dagelijkse dosis insuline in oude
schema. Bepaal daarna maximaal tweemaal per week de middagbloedglucose-
waarde (15 tot 17 uur).
Indien bloedglucose < 8 mmol/l: 10-20% minder lang werkend analoog.
.Indien > 20 mmol/l: 10-20% meer langwerkend analoog.
.Bij reeds 2 maal daags insulineschema: overweeg over te zetten op 2 maal daags
mixregime.

Laatste fase (pre)terminal, prognose enkele dagen

Streefwaarde: HbA1c niet langer relevant.
Bloedglucosewaarden: alleen bepalen bij
twijfel over klinische klachten.

Bij bloedglucose > 20 mmol/l: 6 eenheden snelwerkend analoog insuline toe-
dienen. 11
Orale medicatie: alle orale medicatie staken.

Insuline: bij diabetes type 2 staken indiendagdosering niet hoger dan 40 eenheden.
.Alle insulinedoseringsschema’s overzetten op eenmaal daags lang werkend
analoog (glargine/detemir) in de ochtend. Dosering bij aanvang maximaal
50-75% van de totale dagelijkse dosis insuline in oude schema.
Indien bloedglucose < 8 mmol/l: 10-20% minder lang werkend analoog.
Indien bloedglucose > 20 mmol/l; 10-20% meer lang werkend analoog.

\* In de terminale fase is het moeilijk onderscheid te maken tussen een hypo- en een
hyperglykemie.
\* Gedurende coma/sedatie: overweeg of de vermindering in bewustzijn niet het
gevolg is van een hypoglykemie. Indien de bewustzijnsvermindering irreversibel blijkt,
staak dan alle medicatie (dus ook de insuline).