

Voornaamste interacties

- ✓ Bepaalde antidiabetica o.a. sulfamiden, insuline en gliniden kunnen op zich al een **hypo** geven maar dit risico zal nog vergroten in combinatie met een **β-blokker**, vooral met de niet-selectieve β-blokkers. Bovendien zal de hypo minder gemakkelijk herkend worden door de patiënt (behalve zweten, ev. zelfs meer uitgesproken). De β-blokker zal tachycardie en tremor onderdrukken. Bij personen die nog voldoende alert zijn en die de andere symptomen van een hypo nog kunnen gewaar worden, kan de combinatie overwogen worden. U kunt contact opnemen met de arts met de vraag of er een ander geneesmiddel uit een andere klasse of een cardioselectieve β-blokker moet worden meegegeven. Als de combinatie moet worden gehandhaafd, waarschuwt u de patiënt ervoor dat de tachycardie of de tremor minder aanwezig zullen zijn. Het zweten, hongergevoel, wazig zien, zal men wel nog ondervinden. Hoewel het risico veel kleiner is, moet men toch ook voorzichtig zijn met β-blokkers o.v.v. oogdruppels.
 - Gelijktijdig gebruik wordt afgeraden. Voorkeur voor vasodilaterende (bv. carvedilol, celiprolol, nebivolol) of cardioselectieve (bv. atenolol, betaxolol, celiprolol, metoprolol, nebivolol).
 - Bij combinatie: opvolging van de glykemie (bij opstart en bij posologieaanpassingen) en informeer de patiënt van afwezigheid van alarmsymptomen van hypoglykemie (geen tachycardie, wel zweten).

- ✓ **Glitazonen** geven vochtretentie en verhogen het risico op **hartfalen**. Dit risico wordt versterkt in combinatie met **insuline**. Als na contact met de arts de combinatie toch moet behouden blijven, dan moet u de patiënt waarschuwen voor vochtretentie (opgezwollen voeten, handen of enkels, snelle gewichtstoename, snel buiten adem) en de combinatie met NSAID'S vermijden.

- ✓ **Corticosteroïden** hebben een **glykemieverhogend** effect. Men ziet dit effect vooral bij orale en intra-articulaire corticoïden. Dit komt vooral voor bij prednison, prednisolon en methylprednisolon, vanaf een dosering van 7.5 mg prednison of equivalent/dag en/of voor een langdurige behandeling (> 10 dagen). In zo'n gevallen kan de dosis van het antidiabeticum verhoogd worden. Voor insuline is dit geen probleem maar in het geval van een orale vorm zal eerst bekeken worden hoelang de corticoïdenkuur zal duren. Bij een korte kuur wordt er geen posologieaanpassing gedaan. Gaat het om een lange kuur, dan moet de dosis traag verhoogd worden na glykemiecontrole. Er wordt ook geadviseerd om de dosis glucocorticoïd in 1 dagdosis toe te dienen.
Inhalatiecorticosteroïden (ICS) zijn ook geassocieerd met een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes en op een verslechtering van de glykemiecontrole bij DM2patiënten. De associatie tussen het gebruik van inhalatiecorticosteroïden met een verhoging van de glykemie is dosisafhankelijk. Een extra controle van de glykemie kan noodzakelijk zijn. Bij DM2 patiënten kan het dus nodig zijn om, bij opstart van ICS of bij een verhoging van de dosis van ICS, de posologie van de antidiabetica aan te passen.

- ✓ **Antidiabetica + ACE-inhibitoren, sartanen, renine-inhibitoren en fenelzine (Nardelzine®):** mogelijks verhoogd risico op hypoglykemie.
ACE-inhibitoren zijn de eerste keuze voor de behandeling van hypertensie bij diabetespatiënten maar kunnen wel het hypoglykemisch effect van antidiabetica versterken. Dit is dus geen echte interactie maar de patiënt moet wel ingelicht worden over de symptomen en de behandeling van een hypoglykemie.

- ✓ **Antidiabetica + alcohol:** verhoogd risico van hypoglykemie en vermindering van de subjectieve symptomen ervan bij gelijktijdige inname van alcohol. Vooral in combinatie met metformine kan overmatig alcoholgebruik ook leiden tot een verhoogd risico op lactaatacidose.
 - Occasioneel en matig alcoholgebruik (max. 1 à 2 standaardglazen/dag; met metformine max. 1 glas/dag) telkens in combinatie met een snack of maaltijd.

- ✓ **Antidiabetica + (fluoro)chinolonen:** toegenomen risico op hypo- of hyperglykemie, vooral de eerste 2 dagen van de gelijktijdige toediening (waarschijnlijk niet klinisch relevant). Risicofactoren zijn oudere leeftijd en verminderde nierfunctie.
 - Controle van de glykemie gedurende de eerste 3 dagen van de gelijktijdige behandeling en bij het stopzetten van de chinolone. Informeer de patiënt over het risico op hypo- of hyperglykemie en de symptomen.

- ✓ **Antidiabetica + suikerbevattende geneesmiddelen:** significant effect vanaf 5g saccharose/inname of vanaf 15 g saccharose/dag.
 - Overweeg een alternatief zonder saccharose. Indien een alternatief niet mogelijk is, adviseer de patiënt rekening te houden met de extra suikerinname, door aanpassing in dieet en/of insulinetoediening.