

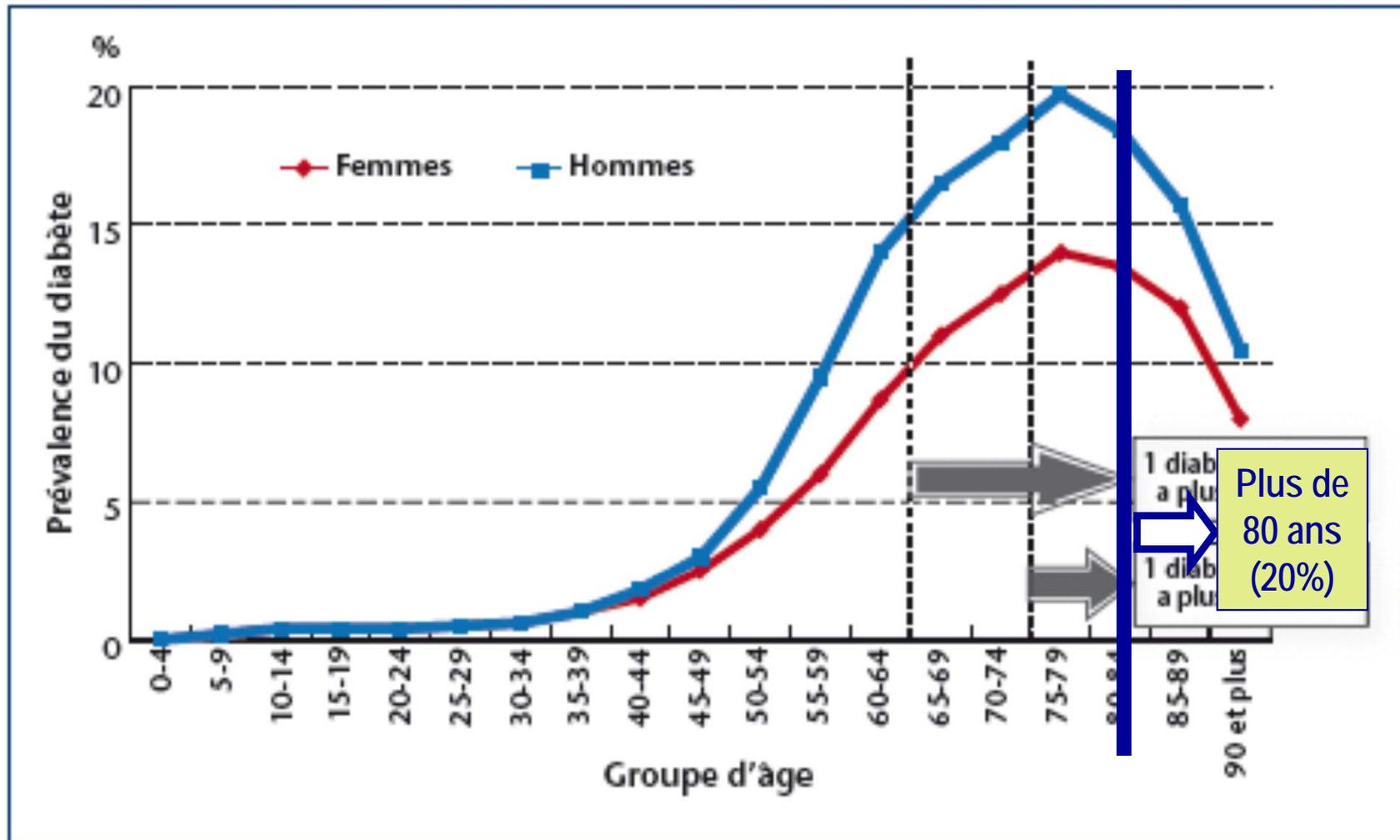


Quelle prise en charge pour le diabète des séniors ?

Dr Marc Mennecart
Service de Médecine Gériatrique
CHU Tours



Prévalence du diabète traité en 2009 selon l'âge et le sexe. (BEH 2010 n° 42-43)



Diabète =facteur de risque de « fragilité » et de« dépendance »

(Bourdel-Marchasson, J of Nutr Health&Aging,2009)



Sujet âgé
monopathologique



Sujet âgé
fragile



Sujet âgé
dépendant

Confort

Objectif principal du soin donné au diabétique âgé

Diabète



L'Évaluation Gériatrique Standardisée



éducation

Médicale :

Cognitive (MMS, test de l'horloge, 5 mots de Dubois)

Nutritionnelle

- mastication

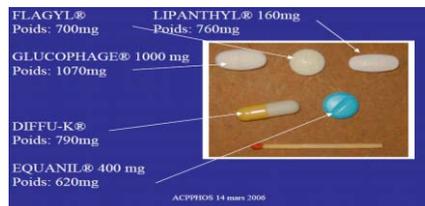


- parodontopathie



- dénutrition (poids, I.M.C, albumine, MNA)

- fausses routes



Psychologique :

- à la recherche de la dépression source d'isolement, d'altération des fonctions cognitives

Sociale:

- isolement...





Diététique

Il faut:

- Respecter les goûts du patient ;
- 3 repas/j \pm collations ;
- Hydrater :1,5 litre de boisson/j ;
- Maintenir les apports en glucides >200 g/j ;
- Maintenir des apports normaux en protéines (1 g/kg pds/j) ;
- Apporter un produit lacté à chaque repas

Il ne faut pas:

- Marginaliser le patient
 - Imposer un régime désodé
 - Interdire le sucre pendant les repas
 - Conseiller des aliments de « régime »
- 

Les objectifs glycémiques chez le patient âgé

	Objectifs d'HbA1c
Patient âgé « vigoureux »	$\leq 7 \%$
Patient âgé « fragile »	$\leq 8 \%$
Patient âgé « malade »	$< 9 \%$

- Objectifs glycémiques chez les diabétiques âgés selon les Recommandations de l'HAS et de l'ANSM de janvier 2013 et de la Prise de position de la SFD
- L'absence de limite inférieure dans les objectifs nécessite une grande prudence face au risque hypoglycémique

**Individualiser les objectifs
en évitant les hypoglycémies**

Risque iatrogène +++ :

le risque hypoglycémique conditionne la prescription

+ **fréquentes** sous insuline

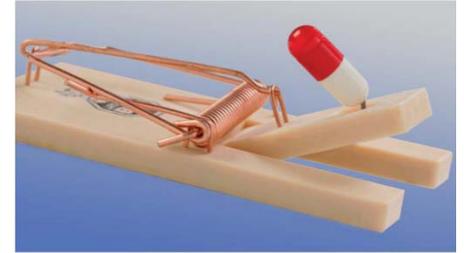
+ **graves** et prolongées sous sulfamides

Symptômes souvent **trompeurs +++**

- Baisse avec l'âge des réactions adrénérgiques (seuil neuro-glucopénique)
- neurologiques, chutes, manifestations cardiaques

Facteurs favorisants :

âge, polymédication (interactions)
Activité physique non programmée
contrôle glycémique strict (HbA1c)
insuffisance rénale
erreurs diététiques (diner)
démence (observance)



Effet des traitements



insulines
sulfamides
glinides

hypoglycémies

metformine
acarbose
inhibiteurs DPP-4
analogues du GLP-1
Inhibiteurs du SGLT2

~~hypoglycémies~~

Mesure hygiéno-diététiques et éducation du patient

Monothérapie

Metformine

Objectifs glycémiques non atteints

Bithérapie

Sulfamides

Contre-indications aux sulfamides

I DPP4

Insulinothérapie

Contre-indications aux ADO

« fragiles et malades » et écart à l'objectif < 0,5%

Ecart à l'objectif > 0,5%

Situation aiguë/risque de déséquilibre du diabète

Surveillance glycémique
Absence de traitement médicamenteux à envisager

Insuline

Surveillance glycémique
Insuline (recours éventuel)

Médicaments utilisables chez le patient diabétique de type 2 de plus de 75 ans

	Metformine	Sulfamides hypoglycémisants	Inhibiteurs des alpha-glucosidases intestinales	Glinides	Inhibiteurs de la DPP4	Analogues du GLP-1**	Insuline**
> 75 ans	Autorisé	Autorisé*	Autorisé	NR	Limité	Limité	Autorisé

* Sauf le glipizide à libération prolongée qui est contre-indiqué chez les sujets de plus de 65 ans.

Limité : expérience limitée dans le RCP.

NR : Non recommandé dans le chapitre « Précautions d'emploi du RCP ».

** : administré(e) par voie injectable.

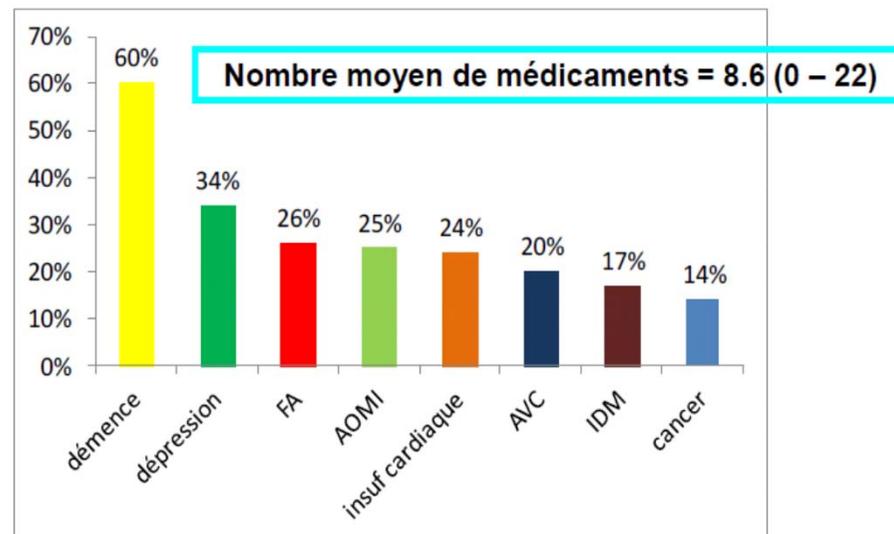
Plusieurs caractéristiques doivent être prises en compte au cours de la prise en charge des personnes âgées :
altération de la fonction rénale, polymédication, risque élevé d'hypoglycémie et conséquences plus délétères de l'hypoglycémie, risque de dénutrition

Enquête nationale
sur le traitement du **diabète**
en **Gériatrie** après 80 ans

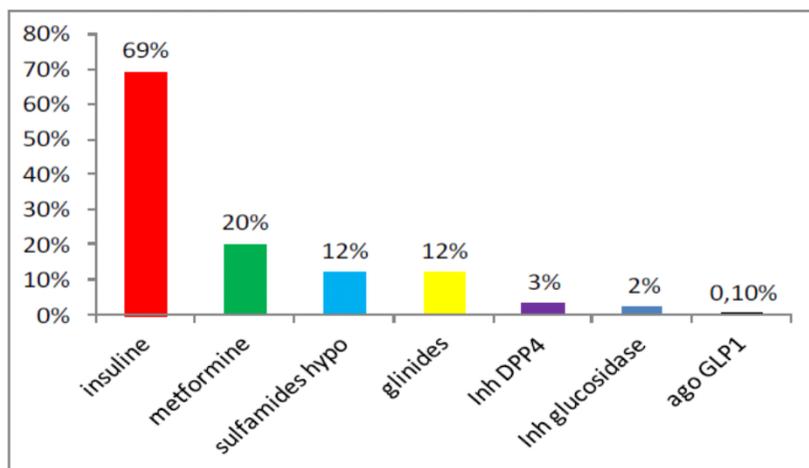
Population

n= 1 770 sujets diabétiques

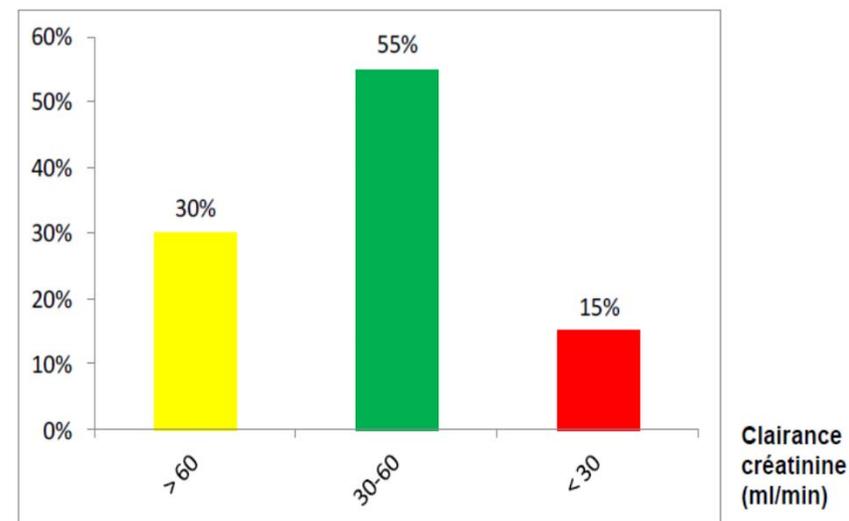
	Moyenne (ET)
Âge (ans)	86.2 (4.6)
Femmes (%)	69%
Poids (kg)	68.2 (14.8)
Hba1c (%)	7.48 (1.38)
Glycémie (mmol/l)	7.97 (4.27)
Créatinine (µmol/l)	82.0 (76.6)
Albumine (g/l)	31.2 (8.8)
nb médicament	8.59 (3.28)
PAS (mmHg)	130.1 (17.2)
PAD (mmHg)	70.0 (11.0)
Score de Charlson	4.05 (2.22)



Traitements anti-diabétiques



Fonction rénale



Clairance
créatinine
(ml/min)

Avis n°24

Insuffisance rénale chronique (IRC) : gestion des anti-hyperglycémiant

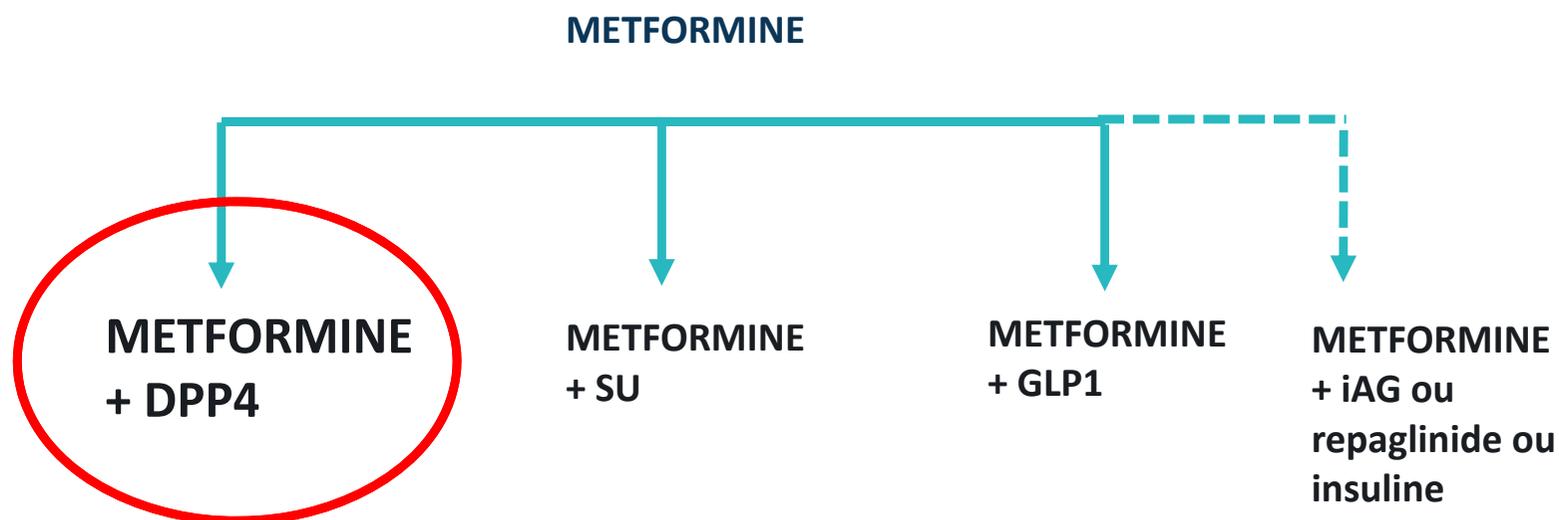
- **Au stade d'IRC modérée : DFG entre 30 et 60 ml/min/1,73m²**
Les molécules à élimination rénale doivent être utilisées avec précaution
Risque accru d'effets secondaires : hypoglycémies sous SU ou insuline
La posologie de ces traitements sera adaptée,
metformine (dose maximale 1500 mg/j),
DPP4 : demi dose
- **Au stade d'IRC sévère (DFG 15 à 30 ml/min/1,73 m²) seuls peuvent être utilisés**
l'insuline, le répaglinide (avec un risque d'hypo)
le liraglutide et la vildagliptine à la dose de 50 mg/jour
- **Au stade d'IRC terminale (DFG < 15 ml/min/1,73 m²) seuls peuvent être utilisés**
l'insuline, le répaglinide (avec un risque d'hypo)
la vildagliptine à la dose de 50 mg/jour



Avis n°9

Objectif d'HbA1C non atteint sous modification du style de vie et metformine

Société
francophone
du
diabète



Cas clinique



Mr JJ. Âgé de 84 ans sous tutelle est hospitalisé pour troubles du comportement qui se sont majorés depuis 15 jours (agitation et confusion).
IL vit seul au domicile est veuf depuis 2 ans avec un passage d'une IDE pour le traitement.
Son diabète évolue depuis plus de 20 ans .
Son médecin traitant l'hospitalise devant la peur d'un passage à l'acte alors qu'il est mutique

Poids 76 kg, IMC 25, TA à 125/75 , glycémie capillaire : 1,26g/l

Traitement:

Kardegic 75 mg : 0-1-0
Simvastatine 20 mg :0-0-1
Lercardipine 10 mg: 1-0-0
Escitalopram 10 mg : 1-0-0
Metformine 1000mg : 1-0-1
Repaglinide 2mg : 2-2-1

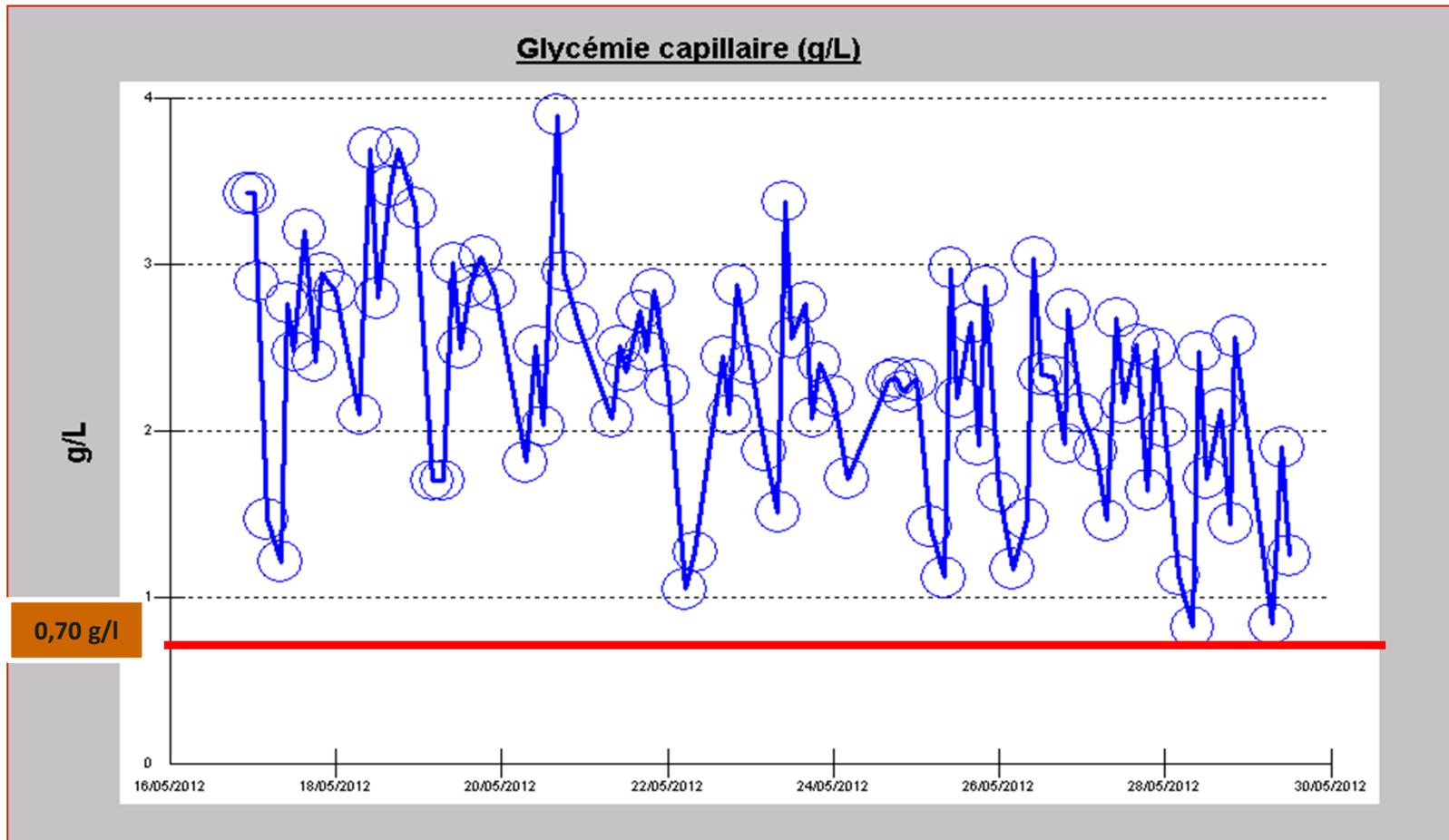
Biologie:

Hb Nle GAJ : 1,2 g/l
iono sang, calcémie, CRP : Nx
Créat : 77 µmol/l
DFG: 89 ml/mn/1,73 m2
albumine: 40g/l **HbA1c : 7,2%**

Pas de RAU ni fécalome
ECG, TDM crâne, EEG Nx

Cas clinique

glycémies capillaires (8/j)



Mesure continue du glucose





Conclusion

Ne pas être restrictif sur le plan alimentaire

Favoriser une activité physique adaptée

Personnaliser et réévaluer le traitement

Les hypoglycémies freinent la recherche d'un bon équilibre du diabète chez la PA

Rester prudent dans l'interprétation du bilan cognitif et l'évaluation thymique sous traitement à risque hypoglycémique

Avoir **le reflex iatrogénique devant tout nouveau symptôme**





Merci de votre attention

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DU MÉDICAMENT

