

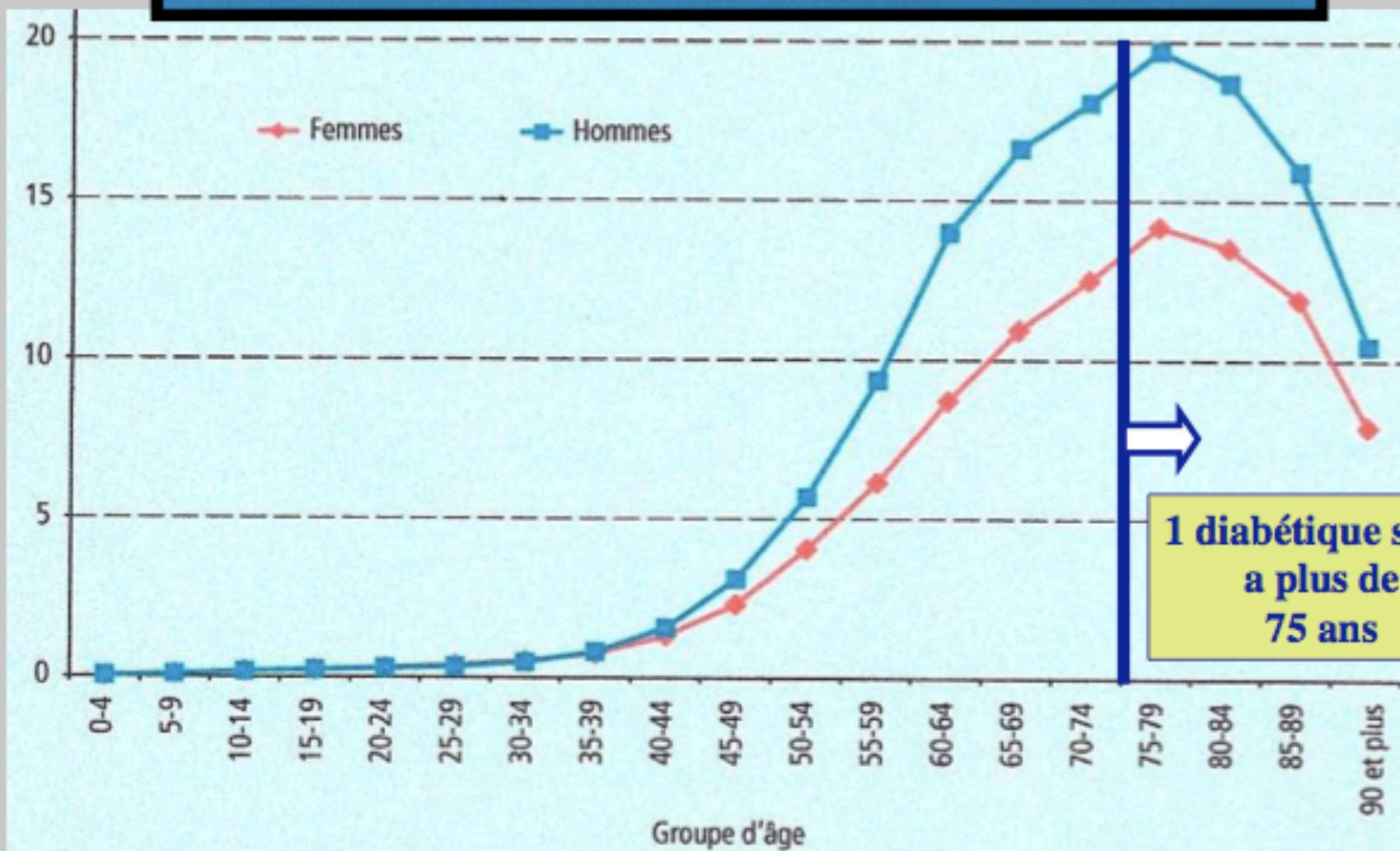
La prise en charge du diabète de type 2: Cas particulier de la personne âgée

9^{ème} Journée Régionale de Pharmacovigilance et d'Addictovigilance

Mardi 8 octobre 2019

Dr Rachel LITKE

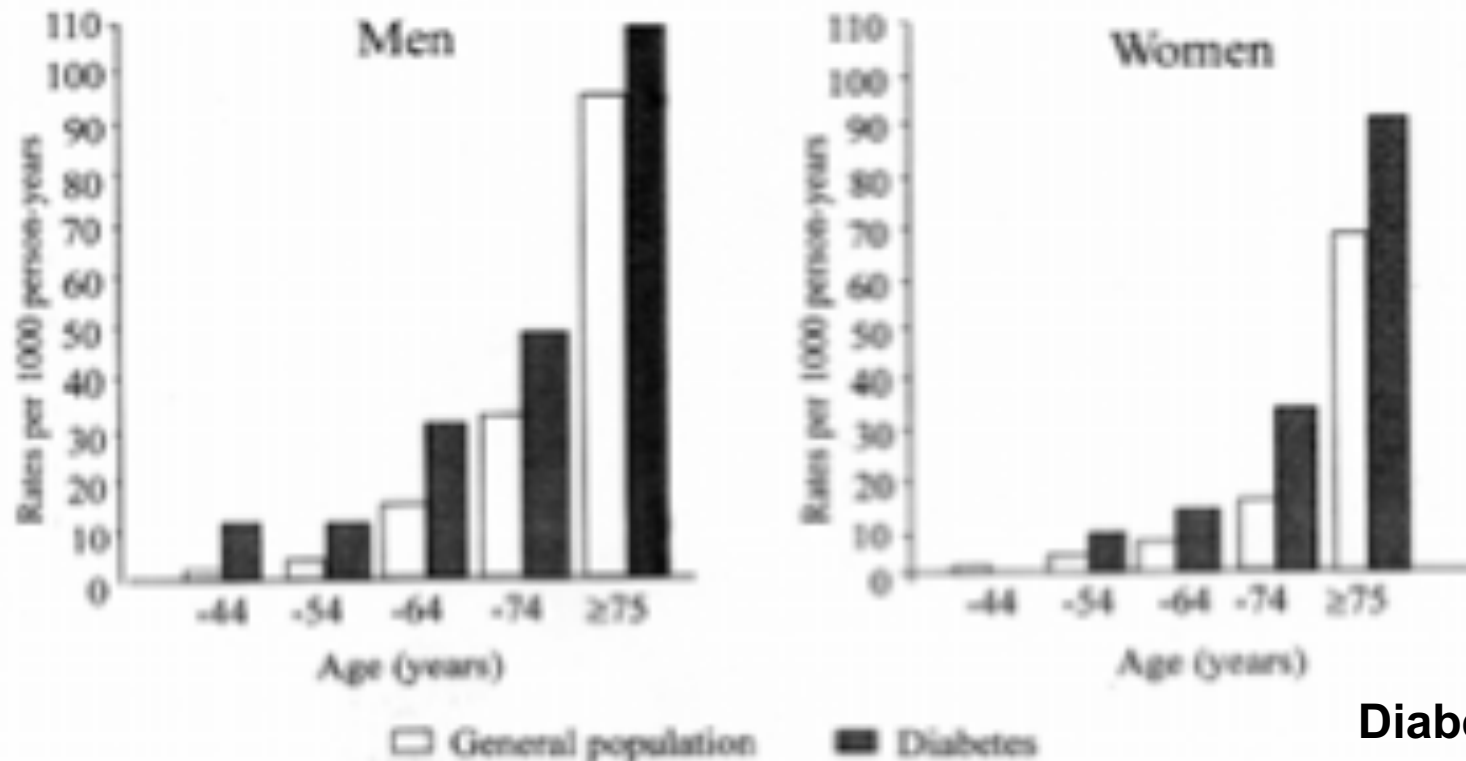
Pôle de Gériatrie et Biologie du Vieillissement



**1 diabétique sur 4
a plus de
75 ans**

Mortalité liée au diabète

- Augmentation de la mortalité due au diabète persiste avec l'âge
- 18% des hommes et 12% des femmes entre 70 at 79 ans sont diabétiques





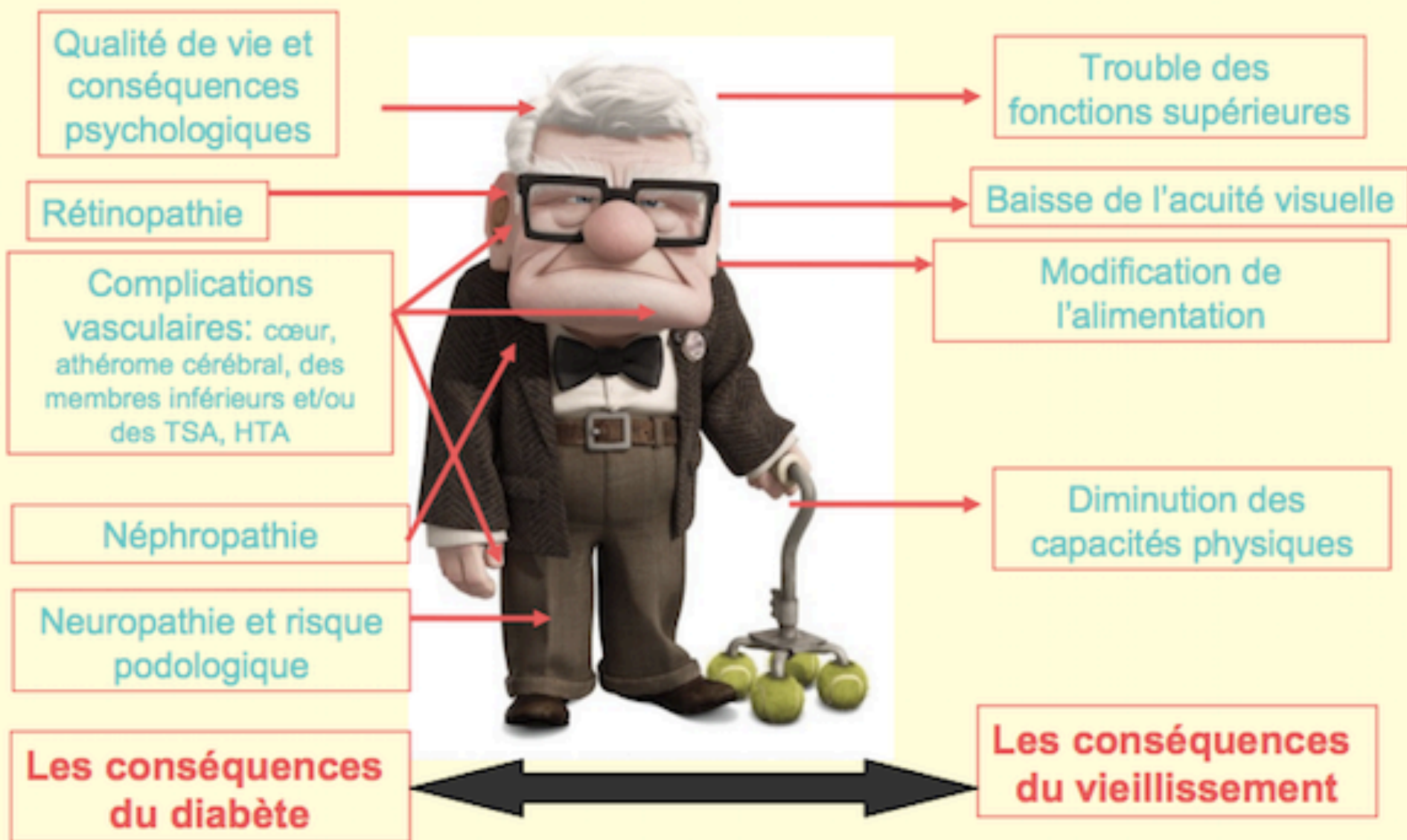
Survie à 5 ans

- **Courbe de mortalité en J**

+ Impact de l'insuffisance cardiaque
et des troubles cognitifs

<5.8% 5.8% 6.7% 7.5% 8.6% >8.6%

La personne âgée diabétique



Rappels

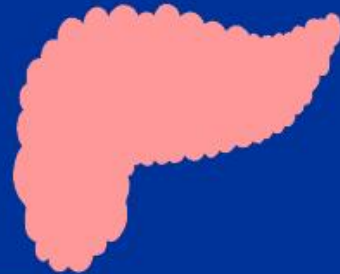
Sécrétion d'insuline
altérée

+

Diminution de l'action
de l'insuline

↙ Quantité

↙ Qualité

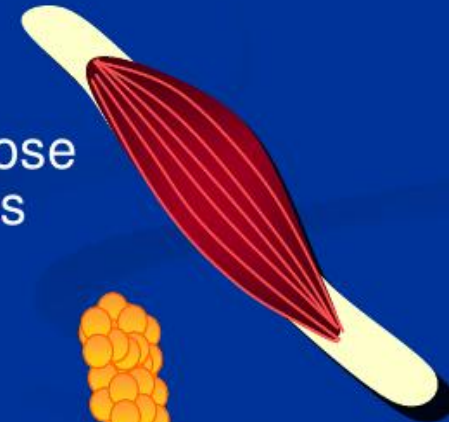


HYPERGLYCEMIE

↙ Entrée du glucose
dans les cellules

↗ Acides gras

↗ Production de
glucose



HbA1c / glycémie à jeun et pp

Cible d'HbA1c	Glycémies préprandiales moyennes (g/L)	Glycémies postprandiales moyennes (g/L)	Moyennes glycémiques estimées (g/L)
< 6 %	< 1	< 1,40	1,26
7 %	< 1,20-1,30	< 1,80	1,54
8 %	< 1,60	< 2,10	1,82
9 %	< 1,80	< 2,40	2,11

Surveillance glycémique

- Lecteur remboursé tous les 4 ans
- Choisir lecteur glycémique adapté au patient
- Lecteur individuel

- Autopiqueur remboursé tous les ans
- Penser au système barillé



Lecteurs adaptés

- Avec code couleur: **ONE TOUCH VERIO**
- Lecteurs parlant (si troubles visuels) **VOX (Oscare)**
- Nouveaux 'scanneurs de glycémie' **FREE STYLE libre (Abbott)**



Les enjeux du traitement

- ✓ **Eviter les hypoglycémies+++**
- ✓ **Soulager des symptômes**
- ✓ **Préserver l'état nutritionnel**
- ✓ **Prévenir les syndromes gériatriques**
- ✓ **Personnaliser**

Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2

Composition du groupe de travail de la SFD

Bernard Bauduceau, Lyse Bordier, Jacques Bringer,
Gérard Chabrier, Bernard Charbonnel, Patrice Darmon,
Bruno Detournay, Pierre Fontaine, André Grimaldi,
Pierre Gourdy, Bruno Guerci, Alfred Penfornis,
Jean-Pierre Riveline, André Scheen

Coordination de la rédaction

Patrice Darmon

Avis n°4

Réévaluation de la réponse thérapeutique et règles d'arrêt

- **Sous sulfamides et sous glinides, une attention particulière devra être portée au risque hyoglycémique**
- **Cette démarche doit éviter un “empilement” thérapeutique**

Avis n°20

Patient âgé de plus de 75 ans: objectifs glycémiques

- **Evaluation gérontologique**

- **Deux écueils   éviter:**
 - **Un traitement trop peu exigeant chez les patients âgés “en bonne santé”**
 - **Un traitement trop intensif chez des sujets âgés “fragiles”**

- **Il est essentiel de minimiser le risque d’hypoglycémie notamment sévère, ce risque existe sous sulfamides, repaglinide et insuline, il est plus important lorsque le taux d’HbA1c est inférieur à 7%**

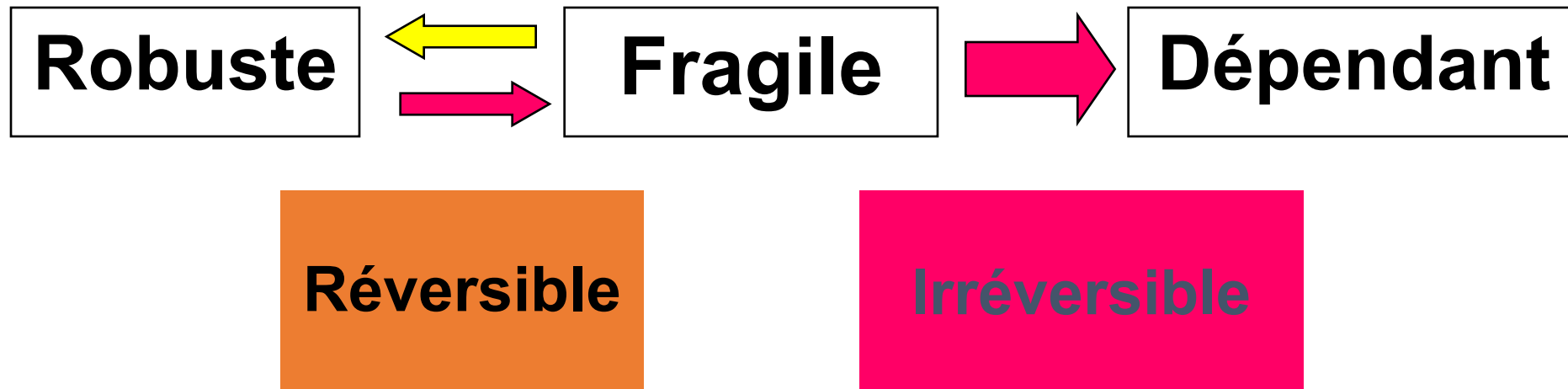
Fragilité, robustesse, dépendance

Définition de la fragilité:

Diminution des capacités à « faire face »

Diminution des capacités d'adaptation et d'anticipation au stress ou au changement d'environnement

Diminution des réserves fonctionnelles



Individualisation des objectifs glycémiques

L'objectif d'HbA1c doit être individualisé selon le profil du patient et co-décidé avec lui. Il peut donc évoluer au fil du temps.

PA dites « en bonne santé », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante

HbA1c ≤ 7%

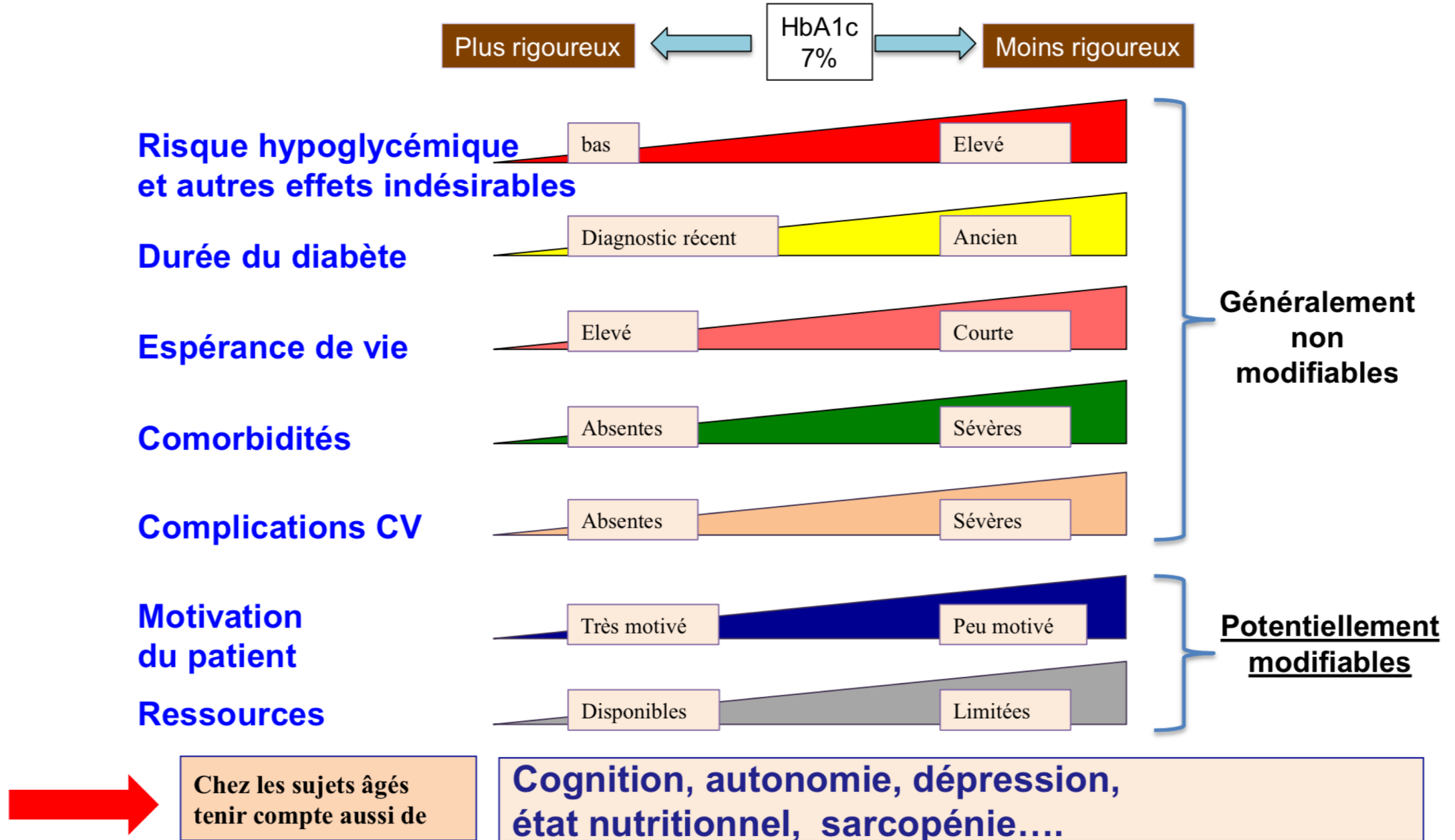
PA dites « fragiles » à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée »















HbA1c ≤ 8%

PA dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social

HbA1c < 9%

Éléments de décision dans la détermination des objectifs



								
	Efficacité sur la baisse de la glycémie	Effet sur le poids	Risque d'hypoglycémie	Modalité d'administration	Auto-surveillance glycémique	Effets secondaires	Bénéfices cardio-vasculaires (CV) mortalité patients en prévention CV secondaire	Recul
Metformine	★★	↔ (ou ↓ modeste)	Non	 2 à 3 prises/jour	Pas indispensable	Digestifs	Sécurité démontrée	50 ans
Sulfamides et glinides	★★	↑	Oui +	 1 à 4 prises/jour	Pour dépister les hypoglycémies	Hypoglycémies, prise de poids	Sécurité non démontrée (absence d'études)	20 à 50 ans
Inhibiteurs des alpha-glucosidases	★	↔	Non	 3 à 4 prises/jour	Pas indispensable	Digestifs	Étude en cours	+ 20 ans
Gliptines Inhibiteurs de DPP-4	★★	↔	Non	 1 à 2 prises/jour	Pas Indispensable	-	Sécurité démontrée (particulièrement pour la sitagliptine)	+ 10 ans
Agonistes du récepteur du GLP1	★★★★	↓↓	Non	 1/jour à 1/semaine	Pas indispensable	Digestifs	Bénéfices démontrés pour le liraglutide	3 à 10 ans
Analogues lents de l'insuline	★★★★★	↑↑	Oui ++	 1/jour	1 à 2/jour	Hypoglycémies, prise de poids	Sécurité démontrée pour la glargine	4 à 17 ans

Les antidiabétiques oraux « classiques »

Souvent limités par la fonction rénale, l'état cardio-vasculaire
... et les interactions médicamenteuses



Sulfonylurées
Glinides

stimule la sécrétion d'insuline

Hypoglycémies



Metformine

↓ insuli.

Dose / DFG
Surv. hydratation



~~**Glitazone**~~

~~↑ insulino-résistance~~



Inhibiteurs des alpha-glucosidase

↓ abs.

Efficacité ?
Tolérance fonctionnelle
de l'absorption du glucose



Adaptation des doses selon la fonction rénale

DFG (mL/min/1,73 m ²)	IRC légère > 59 à ≤ 89	IRC modérée ≥ 30 à ≤ 59	IRC sévère < 30	IRC terminale Dialyse
Insuline				
Exenatide				
Exenatide retard				
Dulaglutide				
Liraglutide				
Vildagliptine				
Sitagliptine				
Saxagliptine				
Metformine				
Acarbose				
Répaglinide				
Glimépiride				
Gliclazide				



Pas de changement de dose



Réduction de la dose



Non indiqué

Avis n°21

Patient âgé de plus de 75 ans: stratégie thérapeutique

- **Pas de régime restrictif**
- **La metformine reste le traitement de première ligne chez le sujet âgé, sous réserve du respect de ses contre-indications et d'une vigilance sur sa tolérance**

Stratégie thérapeutique en échec de Metformine

Monothérapie

Metformine

Bithérapie

Met + iDPP4

Met + SU

Met + GLP-1

Met + Autres
IAG

Répaglinide
Insuline

Sujets
à faible
risque hypo

Sujets
obèses
non dénutris

Stratégie thérapeutique en échec de bithérapie Metformine + iDPP4

Bithérapie

Metformine + iDPP4

Bi ou trithérapie

Met
+
GLP-1
±
SU

Met
+
iDPP4
+
SU

Met
+
Insuline
basale

Met + SU

Sujets
à faible
risque hypo

Sujets
obèses
non dénutris

Sujets
à faible
risque hypo

Insulinothérapie : Quand ?

- **Evolution naturelle du diabète: carence insulinique**
- **Contre-indication des ADO: insuffisance rénale**
- **Insuffisance des ADO: Situation aigue**

Insulinothérapie : Comment?

- **1^{ère} étape: la surveillance glycémique**
- **2^{ème} étape: rechercher la cause du déséquilibre**
 - Imagerie digestive si AEG
 - Réserves insuliniques?
- **3^{ème} étape: Plusieurs options pour introduire l'insulinothérapie, quelle insuline?**
 - Dose poids: 0,3ui/kg
 - 10-12ui le matin

Diabète et syndromes gériatriques

Si les bénéfices du contrôle glycémique sont si lents à se manifester ou si les dégâts sont déjà faits... pourquoi encore se fatiguer à traiter les diabétiques (très) âgés??

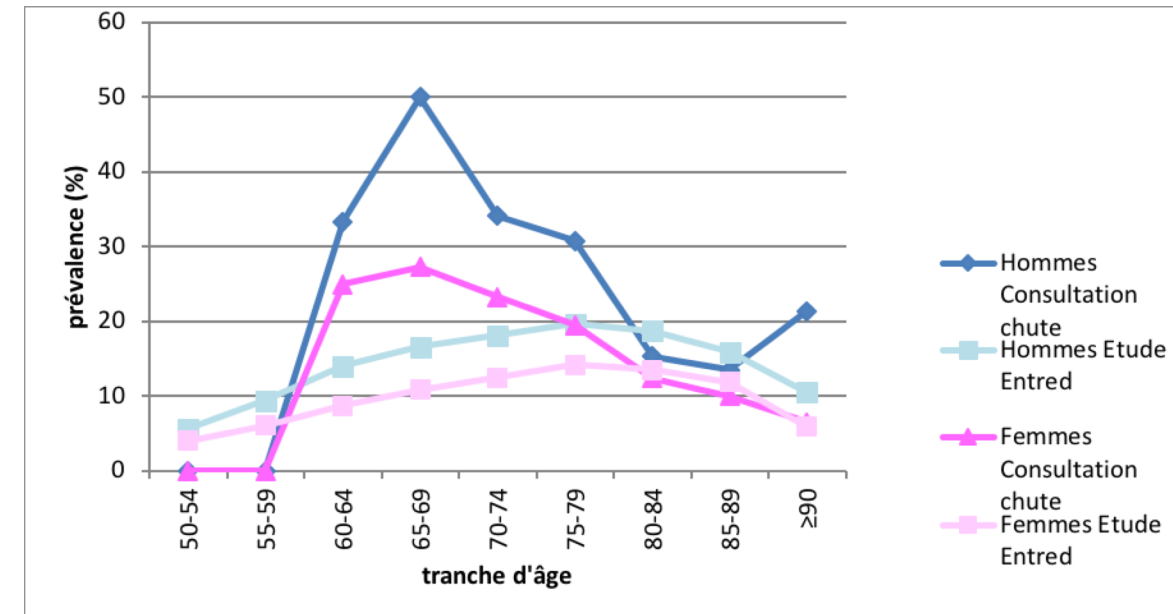
Diabète et chute

1179 Patients suivis en consultation multidisciplinaire de la chute

205 patients (17%) diabétiques de type 2

Caractéristiques	Patients diabétiques (n=205) 17%	Patients non diabétiques (n=974) (83%)	p
Démographie			
Age (années)	77,9 +/- 6,7	80,9 +/- 7,2	P<0,0001
Sexe (F/H)	133/72 (63%/35%)	735/239 (75%/25%)	P=0,0018
IMC (kg/m ²)	28,2	25,5	P<0,0001
Social			
Etudes supérieures	68 (36%)	390 (44%)	P=0,04
Patient vivant seul	109 (53%)	537 (55%)	ns
Patient vivant en institution	29 (14%)	186 (19%)	ns
ADL (/6)	4,9+/-1,4	5,1+/- 1	P=0,005

Les diabétiques rencontrent **plus tôt** dans leur vie des problèmes d'équilibre et de marche



Facteurs de risque de chute plus souvent rencontrés chez les diabétiques

- **Neuropathie périphérique** (43% de troubles sensitifs superficiels et 78% de troubles de la sensibilité profonde)
- **Grande polymédication (>9Tts)**
- **Perte de l'audition**
- **Peur de tomber et restriction des activités**

12 syndromes gériatriques

1 syndrome gériatrique peut en cacher *des autres....*

An iceberg floating in the ocean. The tip of the iceberg is above the water surface, and the much larger base is submerged. The sky is blue with some clouds, and the water is a deep blue. The text is overlaid on the image, listing 12 geriatric syndromes. The first two are listed on the visible tip, and the remaining ten are listed on the submerged part.

1. Confusion
2. Chute

3. Polypathologie
4. Dépendance
5. Iatrogénie

6. Dénutrition et sarcopénie

7. Dépression, troubles du comportement

8. Troubles cognitifs et démence

9. Complication du décubitus: escarres, TVP, constipation, encombrement bronchique...

10. Troubles sphinctériens: incontinence, rétention aiguë d'urines, fécalome

11. Troubles neurosensoriels: vue, audition

12. Douleurs et soins palliatifs

Conclusion

- Adapter les objectifs du traitement à l'état de fragilité du patient
- Activité physique adaptée aux capacités physiques
- Alimentation source de plaisir
- Prédéfinir les objectifs thérapeutiques
- Hyperglycémie = signal d'alarme!



M. Bou

- **Patient de 92 ans, diabète type 2 depuis 30 ans, complications macroangiopathiques (coronaropathie, AVC multiples séquellaires)**
- **Tt: LASILIX, RHD**
- **Aux urgences: troubles de la vigilance +++ , pollakiurie depuis 1 semaine**
- **Glycémie 11g/l**
- **HbA1c 7%**

Mme Ele

- **Patiente 85 ans pas d'ATCD, H pour AEG**
- **Gly aux urgences 4g/l, HbA1c 11%**
- **Prise en charge?**

Place de l'activité physique chez le patient diabétique âgé

- **Equivalent de 30 minutes de marche par jour**
- **Préférer activités de groupe pour le maintien du lien social**
- **Kinésithérapie douce pour les patients les plus fragiles**



Place de la nutrition chez le patient âgé diabétique

- **Objectifs nutritionnels:**
 - pas de perte de poids
 - maintien du plaisir de l'alimentation!
- **Eviter alimentation anarchique (respect des horaires et nombre des repas)**

