

Le diabète du sujet âgé

Fiche synthèse - Mars 2023

Objectifs individualisés

- ✓ **Evaluation gériatrique soigneuse pour prendre en compte : autonomie, condition de vie, état cognitif, fonction rénale, co-morbidités, état nutritionnel**
- ✓ **Notion de fragilité à considérer pour fixer les objectifs glycémiques**
- ✓ **Eviter une attitude thérapeutique trop intensive chez les « fragiles » et trop peu exigeante chez les « robustes »**
- ✓ **Empêcher la survenue d'hypoglycémies**
- ✓ **Adapter le traitement aux possibilités sociales et familiales (mise en place d'aides, présence d'aidants, téléassistance, hospitalisation à domicile)**

Spécificités du sujet âgé

- Anomalie de la pulsatilité de l'insulinosécrétion
Pic retardé d'insulinosécrétion
- Modification faible de la glycémie pré-prandiale
Élévation glycémie post-prandiale
- **Signes d'hypoglycémie souvent absents**
- Fonction rénale altérée
- **Alimentation variable - Risque de dénutrition**
- **Faible activité physique**
- **Problème d'adhésion médicamenteuse**
- **Schéma en multi injections peu adapté domicile ou EHPAD**

Patient ≥ 75 ans

Robuste



Fragile



Dépendant

Réévaluation régulière du statut car évolution constante au cours temps

Pronostic

Objectifs thérapeutiques

Objectifs glycémiques

Même pronostic qu'un adulte plus jeune	⚠ risque de chute, dépendance, institutionnalisation, décès	Aggravation
Eviter les complications micro/macro vasculaire Limiter la surmortalité Eviter les complications à court terme	Risque iatrogène > Balance bénéfico-risque	Eviter les complications à court terme Préserver autonomie et qualité de vie Eviter les complications micro/macro vasculaire
HbA_{1c} cible ≤ 7%	HbA_{1c} cible ≤ 8% < 7% si traitement par SU, glinide ou insuline	HbA_{1c} cible < 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2g/L < 8% avec des glycémies préprandiales > 1,40g/L si traitement par SU, glinide ou insuline

Metformine

- Pas de risque d'hypoglycémie
- Peu d'interaction médicamenteuse
- Adaptation à la fonction rénale (risque d'accumulation et d'acidose lactique)
- CI si insuffisance cardiaque instable ou respiratoire, état de choc,
- Troubles digestifs (28%) : dose progressive jusqu'à dose max tolérée, fractionnement, prise en fin de repas 500mg x2 1sem, 500mg x3 1sem, 1g x2
- Perte de poids (modeste)
- Effet anorexigène
- PCI : Arrêt pour une durée de 48h après injection

iDPP4

- Efficacité satisfaisante
- Très faible risque d'hypoglycémie
- Très bonne tolérance
- Sécurité cardio-vasculaire démontrée (en particulier pour la sitagliptine)
- Adaptation à la fonction rénale
- Pas de titration
- Neutralité pondérale
- Coût modéré

Insulinothérapie

- Insuline basale (= lente) souvent nécessaire avec l'âge (insulinopénie et IRC)
- Transitoire lors d'épisodes aigus
- Du fait de l'apparition de CI, en remplacement des ADO (sauf metformine)
- En cas de dénutrition – Prise de poids
- Risque réduit d'hypoglycémie avec les analogues lents
- Glargine U100 en 1^{ère} intention ou détémir
- Glargine U300 ou dégludec si risque d'hypoglycémie nocturne
- Dose initiale : 0,1 UI/kg/j
- Associations fixes lente + rapide ou AR GLP-1 peu adaptés au sujet âgé

iSGLT2

- Efficacité au – équivalente iDDP4
- Pas de risque d'hypoglycémie
- Perte de poids
- Sécurité cardio-vasculaire démontrée
- Adaptation à la fonction rénale
- Moins bonne tolérance : déplétion volémique favorisant les chutes
- Rapport B/R incertain après 75 ans
- Coût plus élevé que iDDP4

iDDP4 : Inhibiteur de la dipeptidyl peptidase 4 – **Sitagliptine**, Saxagliptine

iSGLT2 : Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 – **Dapagliflozine**, Empagliflozine

AR GLP-1 : Agonistes des récepteurs du glucagon-like peptide-1 – **Liraglutide**, **Dulaglutide**,

Sémaglutide, Exénatide

SU: Sulfamide hypoglycémiant – Glimépiride, Gliclazide **Glinide**: Répaglinide

AR GLP-1

- Efficacité > iDDP4 et iSGLT2
- Pas de risque d'hypoglycémie
- Perte de poids
- Sécurité cardio-vasculaire démontrée
- Bonne tolérance rénale
- Moins bonne tolérance : nausées et effet anorexigène important pouvant aggraver une dénutrition
- Rapport B/R incertain après 75 ans
- Coût plus élevé que iSGLT2

SU

- Risque d'hypoglycémie important
- Risque d'IAM important
- Envisageable en trithérapie de 3^{ème} intention chez patient < 75 ans ou robuste
- Adaptation à la fonction rénale

Glinide

- Risque d'hypoglycémie important
- Envisageable en trithérapie de 3^{ème} intention chez patient < 75 ans ou robuste
- Non évalué au-delà de 75 ans mais peut présenter un intérêt en cas de fonction rénale altérée (< 30 mL/min)

Patient ≥ 75 ans

Au diagnostic	Si HbA _{1c} > objectif individualisé à 3-6 mois		
	1 ^{ère} intention Monothérapie	2 ^{ème} intention Bithérapie	3 ^{ème} intention Insulinothérapie
Approche ETP	Metformine	Metformine	Metformine
Changement du mode de vie	Si CI ou intolérance : iDDP4	+	+
- Changement des habitudes alimentaires (pas de régime restrictif après 75 ans)		iDDP4	Insuline basale
- Activité physique (même modeste)			
Insuline basale si HbA _{1c} > 10% - transitoire ou non			
	L'utilisation de iSGLT2 ou de AR GLP-1 en cas de maladie rénale chronique, d'insuffisance cardiaque ou de maladie athéromateuse avérée peut être envisagée idéalement après avis d'un endocrinologue-diabétologue. La perte de poids, qui accompagne la prise de ces produits, est très rarement un objectif prioritaire à cet âge.		

Fonction rénale

DFG (ml/min/1,73m ²)	60-89 (IRC légère)	45-59 et 30-44 (IRC modérée)	15-29 (IRC sévère)	< 15 ou dialyse (IRC terminale)
Insuline	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Exénatide	Green	Green	Red	Red
Exénatide retard	Green	Red	Red	Red
Liraglutide	Green	Green	Green	Red
Dulaglutide	Green	Green	Green	Red
Sémaglutide	Green	Green	Green	Red
Sitagliptine	Green	Yellow	**	**
Saxagliptine	Green	*	**	Red
Vildagliptine	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Dapagliflozine E	Green	Green	Green	Red
Empagliflozine #	Green	Green	##	Red
Metformine	Green	Yellow	Red	Red
Acarbose	Green	Yellow	Red	Red
Répaglinide	Green	Green	Yellow	Yellow
Glimépiride	Green	Yellow	Red	Red
Gliclazide	Green	Yellow	Red	Red

- Green Pas de réduction de la dose
- Yellow Réduction de la dose
- Red Non indiqué

FIGURE 6

Fonction rénale (DFG estimé) et utilisation des anti-hyperglycémiant. * Forme commercialisée en France uniquement en combinaison avec 1 g de metformine. ** forme non commercialisée en France. E La dapagliflozine peut être utilisée à la dose de 10 mg jusqu'à un DFG de 25 ml/min/1,73 m². # L'empagliflozine peut être utilisée 1/ à la dose de 10 ou de 25 mg jusqu'à un DFG de 60 ml/min/1,73 m² et 2/ à la dose 10 mg jusqu'à un DFG de 45 ml/min/1,73 m² en l'absence de pathologie cardiovasculaire avérée et de 30 ml/min/1,73 m² en cas de pathologie cardiovasculaire avérée. ## L'empagliflozine peut être utilisée à la dose de 10 mg jusqu'à un DFG de 20 ml/min/1,73 m² en cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection diminuée.

ADO : Anti Diabétiques Oraux

CI : Contre Indication

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

ETP : Education Thérapeutique du Patient

IAM : Interaction Médicamenteuse

IP : Interventions Pharmaceutiques

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

PCI : Produit de Contraste Iodé

Rapport B/R : Rapport Bénéfice/Risque

Sources

Synthèse « Revue régionale des Interventions Pharmaceutiques – Diabète du sujet âgé » janvier 2023

Dr Lise Bernard, Dr Clement Lahaye, Dr Céline Mongaret

Conception de la fiche : OMEDIT ARA

Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant dans le diabète de type 2 – 2021, Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 15, Issue 8, 2021, Pages 781-801,

<https://doi.org/10.1016/j.mmm.2021.10.014>.