VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n°78 – Mai 2010

Particularités de la prise en soin du patient âgé diabétique

En France, la prévalence du diabète augmente avec l'âge pour atteindre son maximum dans la tranche d'âge 70 – 79 ans. Ainsi plus d'un diabétique sur deux a plus de 65 ans et 10,3¨% des plus de 65 ans sont diabétiques. Il s'agit 8 fois sur 10 d'un diabète de type 2.

La **définition** du diabète est identique (2 glycémies veineuses supérieures à 1.26 g/l le matin à jeun). En dehors des signes classiques du diabète (syndrome polyuro polydipsique, perte de poids), le diabète doit être évoqué chez le sujet âgé devant une confusion, une perte d'autonomie, des infections à répétition, une incontinence urinaire ou la prescription récente de médicaments hyperglycémiants comme les corticoïdes.

En revanche, les **objectifs glycémiques** sont définis individuellement en fonction de la qualité du vieillissement : entre 90 et 126 mg/dl à jeun et HbA1c entre 6.5 et 7.5% pour le patient âgé en bonne santé ; entre 126 à 160 mg/dl à jeun et HbA1c entre 7.5 et 8.5% pour le patient âgé fragile.

Les complications aigues les plus redoutables sont le coma hyperosmolaire lié souvent à un diabète méconnu associé à une déshydratation et les plaies de pied qui sont très graves chez le sujet âgé car le diagnostic est souvent retardé par l'existence d'une neuropathie sous jacente.

Les complications chroniques liées au diabète sont identiques chez la personne âgée : microangiopathie (rétinopathie, neuropathie, néphropathie) ou macroangiopathie (artérites des membres inférieurs, accidents vasculaires cérébraux ou cardiaques). Ces complications sont souvent intriquées avec des conséquences du vieillissement : augmentation de la fréquence de pathologies ophtalmologiques, de l'hypertension artérielle, de l'altération des fonctions cognitives ou des pathologies rhumatismales. Le traitement doit éviter ou traiter ces complications en prenant en compte le risque iatrogène et s'articule autour de 4 axes essentiels : médicaments, éducation thérapeutique, diététique et activité physique sans oublier de préserver la qualité de vie.

La prise en charge médicamenteuse doit être adaptée à chaque patient mais il existe peu d'études spécifiques chez le sujet âgé.
- La **metformine** à la dose minimale efficace est une excellente molécule qui doit être manipulée avec précaution en cas d'insuffisance rénale débutante et doit être arrêtée en cas de situation aigue (infection, insuffisances cardiaque, respiratoire ou hépatique, injection de produit de contraste iodée, intervention chirurgicale….).
- Les **glinides** et les **sulfamides** « nouvelle génération » de type glicazide (sauf en cas d'insuffisance rénale sévère) ont une bonne sécurité d'emploi chez la personne âgée mais présentent néanmoins un risque d'hypoglycémie non négligeable.
- D'autres classes thérapeutiques (inhibiteurs de l'alpha glucosidase, glitazones, analogues du GLP1) ont des effets secondaires qui limitent leur utilisation en gériatrie. Les inhibiteurs de DPPIV sont en cours d'évaluation chez la personne âgée.
- L'insuline est donc souvent un traitement adapté : indispensable chez le diabétique de type 1, elle doit aussi être proposée chez le diabétique de type II lorsque l'équilibre n'est pas suffisant avec les antidiabétiques oraux ou bien lorsqu'il y a une contre indication à leur poursuite. L'insuline de choix est une insuline « lente » de type glargine ou détémir même si tous les schémas thérapeutiques sont envisageables selon les cas.

Cette prise en charge doit être globale incluant les autres facteurs de risques cardiovasculaires (HTA, dyslipidémie notamment) et une évaluation clinique (poids, tension artérielle, effets indésirables des médicaments, évaluation cognitive, examen podologique…), biologique (HbA1c, bilan lipidique, évaluation de la fonction rénale) et paraclinique (ECG, dopplers vasculaires, examen ophtalmologique) régulière dont la fréquence est adaptée selon le contexte.

L'éducation thérapeutique ne doit pas être négligée chez la personne âgée : soit pour le patient lui-même soit pour son entourage familial ou paramédical en cas d'altération des fonctions cognitives afin d'assurer une autosurveillance glycémique si besoin et la prise en charge de certaines situations quotidiennes comme l'hypoglycémie ou le risque podologique.
La diététique doit être adaptée à la personne âgée, bannissant les « régimes restrictifs» en optant pour une alimentation équilibrée, source de plaisir.
L'activité physique doit être conservée aussi longtemps que possible en utilisant au mieux les capacités de chaque patient.

La prise en charge du patient diabétique âgé dépend surtout de son type de vieillissement : elle peut être maximaliste et proche de celle d'un sujet jeune si le vieillissement est réussi mais doit être capable de s'adapter aussi à la dépendance du patient. Ceci rend donc indispensable une coopération entre gériatres et diabétologues pour réussir une démarche de soins harmonieuse.

Dr Frédéric MESSIAT gériatre, coordinateur du Réseau de Santé « personnes âgées » de l'Association « Vivre et Vieillir Chez Soi » Maison du Canton 05120 L'Argentière La Bessée
Dr Sonia BELTRAN diabétologue, Centre Hospitalier de Vienne