

Personnes âgées et diabète

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : personnes âgées ayant un diabète

Personnes à qui sont destinées les recommandations : professionnels de la santé concernés par les soins aux personnes âgées diabétiques

Introduction, justificatifs

La prévalence et l'incidence du diabète augmentent avec l'âge. Il est important d'avoir une prise en charge spécifique chez la personne âgée diabétique. Des soins adaptés à cette classe d'âge permettent une prise en charge de meilleure qualité et plus sûre de ces personnes.

L'essentiel

Définitions

- Les personnes âgées **robustes** sont en bonne santé et autonomes du point de vue décisionnel, ou souffrent parfois d'une maladie chronique isolée sans répercussions fonctionnelles.
- Les personnes âgées **vulnérables** (ou fragiles) ont des réserves physiologiques diminuées et connaissent parfois des premières difficultés fonctionnelles (motrices et cognitives) dans les activités quotidiennes.
- Les personnes âgées **dépendantes** présentent des incapacités fonctionnelles et nécessitent de l'aide dans les activités de la vie quotidienne.

Recommandations : éviter à tout prix l'hypoglycémie

Objectifs glycémiques chez les personnes âgées diabétiques (HbA1C cible) :

- Personnes âgées robustes : 7.0-7.5%
- Personnes âgées vulnérables : 7.0-8.0%
- Personnes âgées dépendantes : 7.6-8.5%

Facteurs de risques cardiovasculaires (cibles tensionnelles, dont les valeurs sont à individualiser) :

- Personnes âgées diabétiques robustes et vulnérables : $\leq 140/90$ mmHg
- Personnes âgées diabétiques dépendantes : $\leq 160/90$ mmHg

Traitements médicamenteux: favoriser les médicaments avec faible risque hypoglycémique

- **Metformine** : traitement de 1^{ère} ligne des personnes âgées diabétiques de type 2 en surpoids, MAIS risque augmenté d'acidose lactique, risque de carence en vitamine B12 et possible effet anorexigène. Formellement contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère, contre-indiqué en cas de défaillance hépatique, d'insuffisance respiratoire chronique sévère, d'insuffisance cardiaque décompensée.
- **Sulfonylurées** : le gliclazide devrait être le seul à être utilisé (à adapter à la fonction rénale), en association avec la metformine, ou comme alternative en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine, MAIS risque élevé d'hypoglycémie (glibenclamide et glimépiride) et nombreuses interactions médicamenteuses ; contre-indiqué en cas de clearance à la créatinine < 45 ml/min.
- **Analogues du GLP-1** : à utiliser chez les personnes âgées robustes avec BMI > 35 kg/m² en 3^{ème} ligne après la metformine.
- **Inhibiteurs de la DPP-4** : à utiliser comme alternatives aux sulfonylurées lorsque celles-ci entraînent des hypoglycémies ou que l'hypoglycémie doit être évitée d'emblée.
- **Inhibiteurs du SGLT2** : à utiliser avec prudence en raison du risque accru de déplétion volémique et de déshydratation.
- **Glinides** : à envisager chez les personnes dont les habitudes alimentaires sont irrégulières. Le natéglinide est recommandé chez les personnes âgées, car il n'est pas métabolisé par le rein.
- **Glitazones** : à utiliser avec prudence en présence de maladies cardiovasculaires, en raison du risque de rétention hydrique, d'insuffisance cardiaque et d'ostéoporose.
- **Inhibiteurs de l' α -glucosidase** : plutôt non recommandés chez la personne âgée.
- **Insuline** : privilégier les schémas de traitement qui favorisent la sécurité afin d'éviter toute hypoglycémie.

Définitions

Personne âgée : le vieillissement est un processus individuel à considérer dès 65 ans. **Une des caractéristiques de la population âgée est son hétérogénéité clinique et fonctionnelle.** Schématiquement, on distingue fréquemment trois grandes catégories de personnes âgées :

- **Robustes** : sont en bonne santé **ou** souffrent parfois d'une maladie chronique isolée sans que celle-ci n'entraîne de répercussions fonctionnelles. Il s'agit en particulier des jeunes retraités, de 65 à 75 ans.
- **Vulnérables (ou fragiles)** : se caractérisent par une diminution des réserves physiologiques pour faire face aux événements stressants comme les maladies aiguës, ainsi que parfois, l'apparition des premières difficultés fonctionnelles dans les activités quotidiennes. La vulnérabilité est indépendante de l'incapacité fonctionnelle ou des pathologies de la personne âgée, mais peut y être associée ou faciliter leur survenue.
- **Dépendantes** : ce sont les personnes âgées qui présentent des incapacités fonctionnelles et nécessitent de l'aide dans les activités de la vie quotidienne en raison d'un déclin physique ou psychique.

Les modalités et les objectifs de prise en charge du diabète doivent être **spécifiquement adaptés, particulièrement chez les personnes vulnérables et dépendantes.** Proposer des objectifs thérapeutiques tenant spécifiquement compte de l'état de santé et fonctionnel de la personne diabétique.

Objectifs glycémiques chez les personnes âgées diabétiques

Il est nécessaire d'adapter les objectifs glycémiques aux caractéristiques individuelles de la personne âgée et de les réévaluer périodiquement. De manière générale, **éviter l'hypoglycémie** et les complications de l'hyperglycémie (déshydratation, polyurie, mauvaise cicatrisation, coma hyperosmolaire).

Chez les personnes **âgées robustes**, les objectifs de prise en charge du diabète sont identiques à ceux des adultes d'âge moyen, en principe HbA1c cible entre 7 et 7.5%.

Les personnes **âgées vulnérables** et **dépendantes** peuvent avoir un contrôle glycémique moins rigoureux. **L'objectif prioritaire est d'éviter toute hypoglycémie.** En particulier, chez les personnes âgées vulnérables souffrant de troubles cognitifs ou de démence, chez ceux ayant un antécédent d'hypoglycémie sévère, une espérance de vie limitée à 10 ans, des complications diabétiques avancées, ou une polymorbidité (ex : incluant des antécédents cardiovasculaires, un haut risque cardiovasculaire, une insuffisance rénale ou hépatique), voire une grande dépendance fonctionnelle : en principe HbA1c cible entre 7.6 et 8.5 %.

- Personnes âgées robustes : 7.0-7.5%
- Personnes âgées vulnérables : 7.0-8.0%
- Personnes âgées dépendantes : 7.6-8.5%

Éducation thérapeutique

Evaluer systématiquement au préalable les capacités de la personne diabétique à l'autogestion en effectuant un dépistage cognitif systématisé (mini-cog) des troubles mnésiques et praxiques.

Education thérapeutique : en l'absence de troubles cognitifs, une éducation structurée devrait être disponible pour toutes les personnes âgées diabétiques.

Les personnes diabétiques et leurs proches (sollicités en particulier en cas de dépendances et de troubles mnésiques) devraient recevoir les informations habituelles (cf. RPC « [Education thérapeutique à l'autogestion](#) ») avec un focus particulier sur l'hypo- et l'hyperglycémie lors du diagnostic, avec réévaluation périodique: facteurs déclenchant, prévention, reconnaissance des symptômes (y compris s'ils sont peu spécifiques comme confusion ou vertiges), monitoring, traitement, quand faire appel à un membre de l'équipe de soins.

Surveillance des pieds chez les personnes diabétiques avec pallesthésie diminuée car souvent la personne ne peut pas faire d'auto-examen.

Autosurveillance de la glycémie (ASG) : l'ASG par les personnes diabétiques et/ou les proches devrait être encouragée chez les personnes âgées robustes comme chez l'adulte d'âge moyen.

Chez les personnes vulnérables et dépendantes, la pertinence d'une ASG dépend des capacités individuelles, en particulier cognitives et physiques.

Lorsque l'ASG a été proposée, celle-ci doit être évaluée régulièrement, l'état mental (cognitif et affectif) et physique pouvant changer avec le temps.

Facteurs de risques cardiovasculaires
<p>Hypertension : les cibles tensionnelles sont à individualiser, toutefois il est souhaitable de viser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les personnes âgées diabétiques robustes : $\leq 140/90$ mmHg. • Chez les personnes âgées diabétiques vulnérables et dépendantes : $\leq 160/90$ mmHg. <p>Dyslipidémie : l'introduction ou non d'un traitement de la dyslipidémie chez la personne âgée dépend de son espérance de vie et de ses comorbidités (score UKPDS, score ADVANCE).</p> <p>Autres facteurs de risque cardiovasculaires : favoriser une prise en charge globale des facteurs de risque cardiovasculaire (traitement surpoids : voir ci-après).</p>
Évaluation fonctionnelle spécifique à la personne âgée
<p>Les personnes âgées, en particulier celles qui sont diabétiques, sont à risque augmenté de dépression, de chutes, d'incapacités fonctionnelles, de douleurs neuropathiques ou d'incontinence urinaire notamment. La coexistence d'un diabète et d'un trouble cognitif est fréquente chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Ces éléments devraient être évalués régulièrement (ex : recherche de limitations fonctionnelles) ; des outils spécifiques peuvent être utiles à cette évaluation (ex : mini cog).</p>
Mesures touchant au mode de vie
<p>Activité physique : les personnes âgées diabétiques robustes et vulnérables devraient être aussi actives physiquement que possible (davantage pour la prévention de l'incapacité fonctionnelle que pour la perte de poids ou le contrôle glycémique). Idéalement, même les personnes âgées dépendantes devraient maintenir une activité physique adaptée à leur propre incapacité fonctionnelle. Des précautions et une ASG fréquente sont recommandées pour réduire le risque d'hypoglycémie.</p> <p>Nutrition : une évaluation nutritionnelle, permettant en particulier le diagnostic précoce d'une dénutrition, est recommandée chez les personnes diabétiques âgées au moment du diagnostic et régulièrement par la suite. Une perte pondérale n'est pas recommandée chez les personnes diabétiques vulnérables et dépendantes. On peut redouter qu'un régime restrictif entraîne une perte de masse musculaire et/ou précipite une malnutrition.</p> <p>Dépression : les personnes âgées diabétiques ont un risque plus élevé de dépression majeure et devraient être évaluées dans les 3 premiers mois après le diagnostic et également en cas de déclin inexplicé de l'état clinique. Un dépistage par instrument rapide (par exemple mini-GDS) peut s'avérer utile.</p>
Traitements médicamenteux
<p>Généralités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer le rapport bénéfices/risques en prenant en compte la vulnérabilité à l'hypoglycémie. • Pour prévenir les erreurs de médication : simplifier le traitement (diminuer le nombre de médicaments, traitements combinés), éviter les changements trop fréquents, attention aux médicaments qui se ressemblent, favoriser les semainiers. • Titrer progressivement les traitements chez la personne âgée (« Start low and go slow »). • Faire particulièrement attention aux interactions médicamenteuses (attention à l'automédication y. c. médecines complémentaires). • Encourager les personnes diabétiques à avoir leur liste de traitements avec eux lors de toute consultation ou hospitalisation (maintien du traitement habituel, moins de risque de polymédication/surdosage au retour à domicile). • Revoir la liste des médicaments à chaque visite, après chaque hospitalisation, vérifier s'ils sont pris correctement. • Passer en revue les traitements en cas d'apparition de nouveaux symptômes, en particulier un syndrome gériatrique (dépression, chute, troubles cognitifs, incontinence urinaire, troubles visuels...). • Monitorer périodiquement la fonction rénale et hépatique. <p>Voir aussi RPC « Antidiabétiques oraux et injectables pour le diabète de type 2 ».</p>
<p>Metformine - Devrait être le traitement de première ligne pour les personnes âgées diabétiques de type 2 en surpoids (alternatives en monothérapie : sulfonylurées de 2^{ème} génération, inhibiteurs de la DPP-4, glinides).</p> <p>- Attention au risque augmenté d'acidose lactique lié au déclin physiologique de la fonction rénale (contre-indiquée si clearance à la créatinine estimée < 45 ml/min, surveillance accrue de la fonction rénale si 45-60 ml/min).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de carence en vitamine B12 et possible effet anorexigène. - Contre-indiquée en cas de pathologie cardiovasculaire sévère.
Sulfonylurées	<ul style="list-style-type: none"> - Peuvent être utilisées en association avec la metformine ou comme alternative en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine. - Plutôt non recommandées, haut risque d'hypoglycémie surtout chez les personnes âgées vulnérables et dépendantes, début de traitement et en fin d'après-midi (surmortalité, cf. étude ADVANCE). Contre-indiquées en cas de clearance à la créatinine <45 ml/min. - En raison de leur durée d'action prolongée, le glibenclamide et le glimépiride ne devraient pas être utilisés chez la personne âgée. - Privilégier le <u>gliclazide</u> qui provoque moins d'hypoglycémies. - Importance d'éduquer la personne diabétique à l'autosurveillance glycémique.
Analogues du GLP-1	<ul style="list-style-type: none"> - Les analogues du GLP-1 peuvent être utilisés chez les personnes âgées robustes avec un BMI > 35kg/m², en 3^{ème} ligne après la metformine et les sulfonylurées. - Prudence chez les personnes âgées vulnérables et dépendantes, car la perte de poids qui y est liée pourrait aggraver un syndrome de fragilité.
Inhibiteurs de la DPP-4	<ul style="list-style-type: none"> - Devraient être utilisés comme alternative aux sulfonylurées lorsque celles-ci entraînent des hypoglycémies ou que ce risque doit être évité d'emblée, comme chez la personne âgée vulnérable et dépendante. - En cas d'utilisation de la sitagliptine ou de la saxagliptine, évaluer la fonction rénale avant d'initier le traitement, puis contrôle régulier et adaptation des doses à la fonction rénale.
Inhibiteurs du SGLT2	<ul style="list-style-type: none"> - Prudence dans l'utilisation des inhibiteurs du SGLT2 en raison du risque accru de déplétion volémique et de déshydratation. Evaluer et surveiller la fonction rénale fréquemment. - L'empagliflozine n'est pas recommandée chez les personnes diabétiques ≥ 85 ans. - Il n'est pas recommandé d'initier un traitement avec un inhibiteur du SGLT2 chez les personnes âgées diabétiques.
Glinides	<ul style="list-style-type: none"> - Les méglitinides (répaglinide et natéglinide) doivent être envisagés chez les personnes dont les habitudes alimentaires sont irrégulières. - Le <u>natéglinide</u> est recommandé chez les personnes âgées car il n'est pas métabolisé par le rein. - Facteurs limitants: plusieurs prises par jour nécessaires, comprimés de grande taille, risque d'hypoglycémie moindre que les sulfonylurées, mais présent.
Glitazones	<ul style="list-style-type: none"> - Les glitazones doivent être utilisées avec extrême prudence en présence de maladies cardiovasculaires, car elles peuvent causer ou aggraver une rétention hydrique avec risque d'insuffisance cardiaque. Leur utilisation est également associée à un risque accru de fracture des os longs.
Inhibiteurs de l'α-glucosidase	<ul style="list-style-type: none"> - Pour diminuer la glycémie post-prandiale lors d'intolérance aux autres traitements. - Ils sont <u>plutôt non recommandés chez la personne âgée</u>. Facteur limitant : troubles gastro-intestinaux (mauvaise tolérance). Si hypoglycémie (dans les traitements combinés), corriger avec du glucose car l'absorption du saccharose est ralentie.
Insuline	<ul style="list-style-type: none"> - Privilégier les schémas de traitement qui favorisent la sécurité (l'objectif est d'éviter toute hypoglycémie), simplifier autant que possible pour que le traitement soit pratique pour la personne diabétique et réalisable dans le cadre de soins à domicile ou par des proches. - Chez les personnes âgées diabétiques de type 2, l'utilisation d'insuline à longue durée d'action en une injection le soir (ex : degludec ou glargine), sous forme de "stylos" pré-remplis, peut réduire les erreurs de dosage, le risque d'hypoglycémie nocturne et améliorer le contrôle glycémique. - Une évaluation détaillée de la capacité de la personne diabétique à effectuer l'injection est nécessaire avant l'instauration du traitement. - Lors de la prescription d'insuline ou d'insulino-sécrétagogues, les personnes diabétiques et leurs proches doivent être instruits sur la manière de reconnaître et de traiter rapidement l'hypoglycémie, surtout chez les personnes âgées vulnérables et dépendantes. - En 3^{ème} ligne chez les diabétiques âgés de type 2, une association avec la metformine paraît souhaitable (alternatives : insuline en monothérapie).

Complications

Pieds : les personnes âgées diabétiques et leurs proches devraient recevoir une éducation sur le soin des pieds et des instructions à l'auto-examen ; du matériel adapté (p. ex. miroir) et/ou une aide extérieure peuvent être nécessaires. Cf. RPC « [Pied diabétique](#) ».

Yeux : comme chez l'adulte, mais rechercher les autres troubles visuels fréquents chez la personne âgée diabétique (dégénérescence maculaire liée à l'âge, cataracte et glaucome). Cf. RPC « [Rétinopathie diabétique](#) ».

Reins : recherche de protéinurie chez les personnes diabétiques ayant une espérance de vie > 5 ans, rapport albumine/créatinine 1x/an sauf espérance de vie courte. La clearance devrait être calculée selon la formule MDRD chez les personnes âgées. Cf. RPC « [Néphropathie diabétique](#) ».

Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, et Medline, notamment). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du Programme cantonal Diabète ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Niveau de preuve et force des recommandations

Les objectifs glycémiqes sont basés sur des essais randomisés contrôlés (preuves indirectes), les recommandations sur l'éducation à l'autogestion (y compris du pied), les cibles tensionnelles chez les non-vulnérables, la metformine, les sulfonyleurées, les gliptines, l'insuline, la recommandation « Passer en revue les traitements en cas de signes évoquant un syndrome gériatrique » se basent sur des essais randomisés contrôlés, la recommandation sur la recherche de néphropathie est basée sur des études de cohortes et des études d'évaluation d'un test diagnostique, celles concernant la définition de la vulnérabilité, l'évaluation de la dépression, les analogues du GLP-1, les inhibiteurs de l' α -glucosidase et la recherche de rétinopathie sur des études de cohortes de bonne qualité. Les autres recommandations se fondent sur des consensus d'experts.

Recommandations sources

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care 2017; 40 (Supp. 1). [Lien](#)
- ADA. Older adults. Section 11. In Standards of Medical Care in Diabetes 2017. Diabetes Care 2017; 40 (Suppl.1): S99-S104. [Lien](#)
- Kirkman et al. Diabetes in older adults: a consensus report. Journal of the American Geriatrics Society. 2012; 60(12):2342-2356. [Lien](#)

American Geriatrics Society (AGS) – USA

- AGS Expert Panel on the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus et al. Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for improving the care of older adults with diabetes mellitus: 2013 update. Journal of the American Geriatrics Society. 2013; 61(11):2020-2026. [Lien](#)

Association canadienne du diabète – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Can J Diabetes. 2013; 37 (suppl 5): S361-S598. [Lien](#)

European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP) – Europe

- Sinclair AJ, Paolisso G, Castro M, et al. European Diabetes Working Party for Older People 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. Executive summary. Diabetes Metab. 2011; 37 Suppl 3 : S27-38. [Lien](#)
- Sinclair A, Morley JE, Rodriguez-Manas L, et al. Diabetes mellitus in older people: position statement on behalf of International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working

Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts of Diabetes. J Am Med Dir Assoc. 2012; 13: 497–502. [Lien](#)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – USA

- ICSI. Health care guideline: Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults. Sixteenth edition, 2014. [Lien](#)

Joslin Diabetes Center – USA

- Joslin Diabetes Center and Joslin Clinic Guideline for the care of the older adult with diabetes. July 2015. [Lien](#)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE guideline NG28. Type 2 diabetes in adults: management. 2015 (Last updated: April 2017). [Lien](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) – UK

- SIGN 116. Management of Diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010 (Updated September 2013). [Lien](#)

Autres références

- Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar; 56(3): M146-56. [Lien](#)
- Zanchi A, Lehmann R, Philippe J; Antidiabetic drugs and kidney disease: Recommendations of the Swiss Society for Endocrinology and Diabetology. Swiss Med Wkly. 2012 Sep 13; 142: w13629. [Lien](#)

Littérature grise

- Büla C et al. Rapport : Politique cantonale « Vieillesse et Santé », 2011. [Lien](#)

Groupe ayant mis à jour la RPC : Bernard Burnand, Jean-Yves Camain, Aline Chappuis, Fabrizio Cominetti, Aline Flatz, Lilli Herzig, Heike Labud, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Juan Ruiz.

Experts gériatres : Christophe Büla, Ahmed Jabri, Sylvain Nguyen, Ulrich Vischer.

Groupe de validation : Angela Cottier, Frédéric Emery, Cristina Henry, Rafi Hadid, Isabelle Hagon Traub, Sébastien Jotterand, Anne Zanchi.

Date de la recommandation : février 2015 / mise à jour des références en novembre 2017

Date de la prochaine révision : juin 2018

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.