

Le choix des traitements médicamenteux de l'hyperglycémie prend en compte le risque nutritionnel et le risque accru d'hypoglycémies aux conséquences plus délétères chez les sujets âgés ainsi que la prévention secondaire d'évènements cardiovasculaires.⁵

Les personnes âgées peuvent présenter un risque accru d'hypoglycémie en raison :⁹

- de prises de repas **irrégulières**,
- d'une **insuffisance rénale chronique**,
- de **déficiences cognitives non identifiées** et de **démence entraînant des difficultés à adhérer à des activités complexes d'autosoins** comme la surveillance de la glycémie, l'ajustement de la dose d'insuline...

Lorsque les traitements médicamenteux de l'hyperglycémie ne peuvent pas être utilisés, l'insulinothérapie est recommandée.

Le recours à une tierce personne peut être envisagé, ainsi que celui à un dispositif de mesure continue du glucose.⁵

Cela pourrait réduire le risque d'hypoglycémie et améliorer les résultats glycémiques.⁹

D'après une étude récente menée chez des personnes âgées vivant avec un diabète de type 2 (DT2) :*

Mesure par autosurveillance glycémique (ASG)

37,6%

des participants ont identifié au moins une **hypoglycémie confirmée < 70 mg/dL** au cours des 28 jours de suivi.⁸

* **HYPOAGE** est une étude menée en France, prospective, spécifiquement conçue pour déterminer la fréquence et les facteurs prédictifs de l'hypoglycémie, détectée soit par autosurveillance glycémique (ASG), soit par mesure continue du glucose (MCG), chez 155 personnes âgées (≥ 75 ans) vivant avec un DT2 et traitées par insuline.⁸

Dans l'analyse multivariée, les facteurs associés à une **hypoglycémie < 70 mg/dL confirmée** par ASG étaient :⁸



La **durée élevée du DT2**



La **variabilité glycémique importante**

De plus, dans cette étude, les participants ont été suivis par une **mesure continue du glucose** (MCG) pendant 28 jours consécutifs. Parmi eux :

Mesure continue du glucose (MCG)

65,2%

ont détecté une **hypoglycémie confirmée < 54 mg/dL** pendant au moins 15 minutes consécutives **entre minuit et 6 heures du matin**.⁸

Dans l'analyse multivariée, les **facteurs** associés à ces **hypoglycémies nocturnes** étaient :⁸



≥ 1 **hypoglycémie confirmée par ASG** au cours de la journée



Les **troubles cognitifs**



L'**insuffisance cardiaque**

Lors de l'instauration d'une insuline basale, en complément d'une activité physique adaptée, il est souhaitable de préférer un analogue lent de l'insuline plutôt que l'insuline NPH, en raison d'un moindre risque hypoglycémique et d'une moindre variabilité glycémique. Ainsi, **les analogues d'insuline lente avec un profil d'action plus prolongé sont intéressants lorsque le risque d'hypoglycémie, notamment nocturne, est préoccupant** (personnes âgées « fragiles » ou « dépendantes et/ou à la santé très altérée », métier à risque, antécédents d'hypoglycémie, mauvaise perception des hypoglycémies, insuffisance rénale chronique, irrégularité de la prise alimentaire...)⁶

Diabète et personne âgée

Une prise en charge adaptée pour une gestion de la maladie optimisée

Le vieillissement, un enjeu majeur dans la prise en charge du diabète

Le **diabète**, une maladie de plus en plus **fréquente** ?

En France, la **prévalence du diabète traité pharmacologiquement** (tous types) était estimée à :^{1,2}

- 5,6 % de la population en 2022
 - contre 4,6 % en 2012.
- La fréquence du diabète continue à progresser.¹

Les **personnes âgées**, une population particulièrement **à risque** ?



1 homme sur 5
âgé de 70 à 85 ans

1 femme sur 7
âgée de 75 à 85 ans

sont **traités pharmacologiquement** pour un **diabète**.²

En 2050, en France,

- 27,8 % de la population sera âgée de 65 ans et plus,³
- la prévalence du diabète devrait augmenter de plus de 50 %.⁴

1. Santé publique France. Diabète : données. [en ligne] : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/donnees/>. Consulté le 20/11/2024. 2. Santé publique France. Prévalence. [en ligne] : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete>. Consulté le 20/11/2024. 3. Bonnet C *et al.* Population. 2/2021, revue publiée par l'Institut National d'études Démographiques. 4. GBD 2021. Diabetes Collaborators. *Lancet*. 2023;402(10397):203-234. Appendix. 5. HAS. Recommander les bonnes pratiques. Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2. Mai 2024. 6. Darmon P, *et al.* *Med Mal Metab*. 2023;17(8):664-693. 7. Doucet J, *et al.* *Méd Mal Mét.* 2021;15(8):802-8. 8. Boureau AS, *et al.* *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(7):2107-2119. 9. ADA. 2024. *Diabetes Care*. 2024; 47(Suppl.1) :S244-S257

Une prise en charge individualisée

La Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société Francophone du Diabète (SFD) ont proposé une classification des personnes âgées vivant avec un diabète de type 2, en fonction de leur état de santé après 75 ans, avec des objectifs glycémiques adaptés.^{5,6}



Sur un plan général, il est conseillé de ne pas :

- **traiter insuffisamment** les personnes âgées dont le pronostic est encore lié aux complications du diabète.⁵
- **traiter excessivement** les personnes âgées pour lesquels l'équilibre du diabète n'a plus d'influence sur leur devenir qui est lié à d'autres pathologies.⁷



Il est recommandé de réévaluer les objectifs glycémiques régulièrement. Il faut éviter le surtraitement et une désintensification peut être proposée pour réduire le risque iatrogénique, en particulier d'hypoglycémies.⁵