

Adaptation des traitements anti-hyperglycémiant chez les personnes âgées avec un diabète de type 2

Adjustment of Antihyperglycemic Treatments in Older Adults with type 2 Diabetes

Patrice DARMON, Judith CHARBIT, Emmanuelle LECORNET SOKOL, Yann GROC, François BERTIN-HUGAULT, Nathalie BARTH, Sandra CHAPUIS, Laurent MEYER, Camille VATIER, Olivier HANON

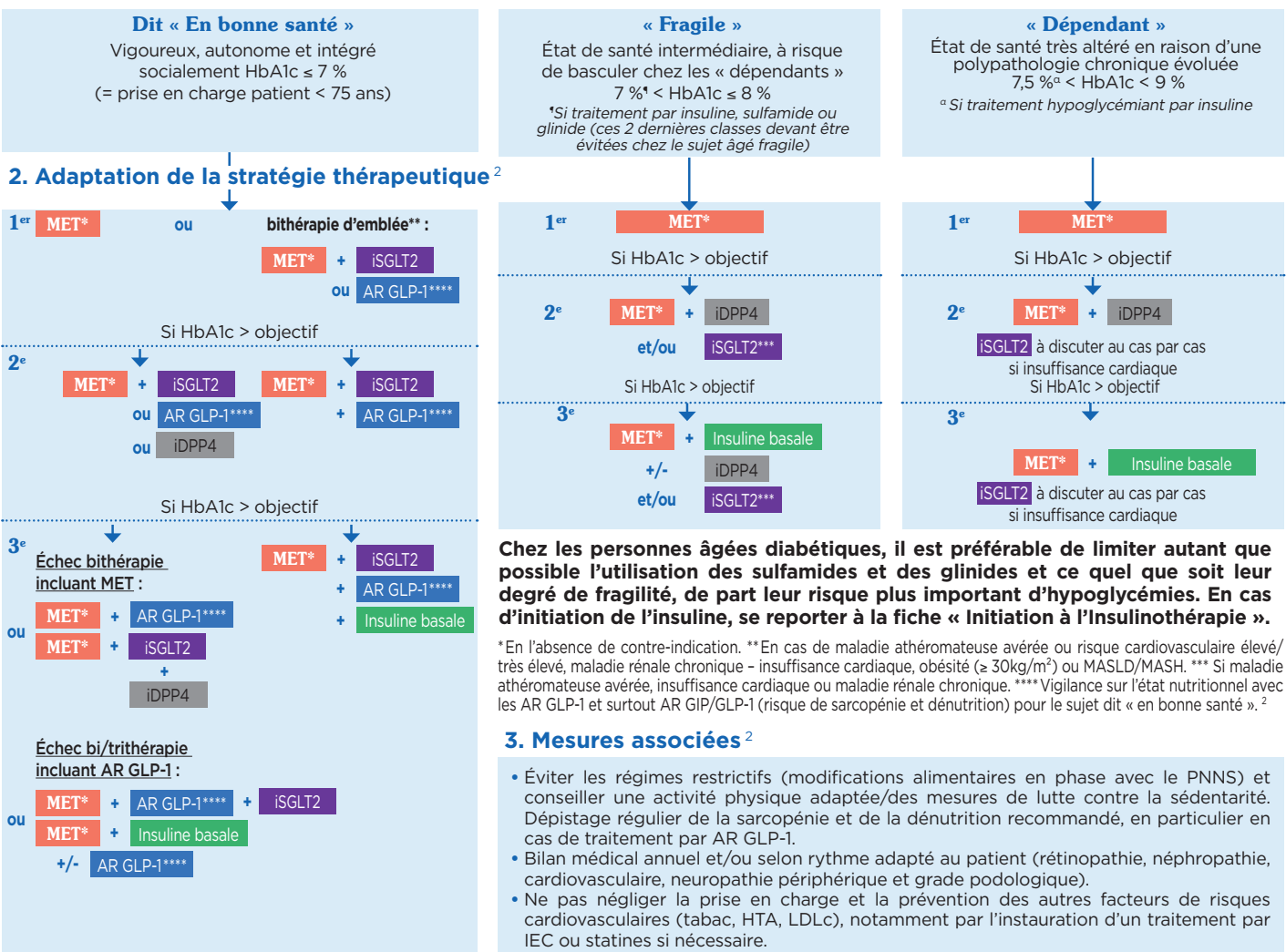
POINTS CLÉS

- La prise en charge du diabète de type 2 chez les personnes âgées est particulièrement complexe en raison de comorbidités fréquentes, de la polymédication et des modifications physiologiques liées à l'âge (insuffisance rénale, risque accru d'hypoglycémie...).
- Dans ce contexte, le diabète doit être replacé parmi d'autres priorités de santé, en tenant compte de l'état global du patient.
- Face à une population âgée très hétérogène - allant de patients autonomes à des personnes très fragiles - l'individualisation des objectifs glycémiques est essentielle, toute comme l'adaptation, voire la déprescription, des traitements anti-hyperglycémiant.¹
- Des repères cliniques sont nécessaires pour accompagner les soignants dans ces ajustements.

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE ADAPTÉE AU PROFIL DU PATIENT

La définition des objectifs glycémiques et des stratégies thérapeutiques doit être adaptée à chaque niveau de fragilité, dans le but de guider une prise en charge individualisée chez la personne âgée diabétique.

1. Objectif d'HbA1c à individualiser selon le profil du patient, chez les sujets âgés de plus de 75 ans (après évaluation gériatrique)²



3. Mesures associées²

- Éviter les régimes restrictifs (modifications alimentaires en phase avec le PNNS) et conseiller une activité physique adaptée/des mesures de lutte contre la sédentarité. Dépistage régulier de la sarcopénie et de la dénutrition recommandé, en particulier en cas de traitement par AR GLP-1.
- Bilan médical annuel et/ou selon rythme adapté au patient (rétinopathie, néphropathie, cardiovasculaire, neuropathie périphérique et grade podologique).
- Ne pas négliger la prise en charge et la prévention des autres facteurs de risques cardiovasculaires (tabac, HTA, LDLc), notamment par l'instauration d'un traitement par IEC ou statines si nécessaire.

Réévaluation du traitement au moins tous les 3 à 6 mois (efficacité : HbA1c, hypoglycémies, tolérance, adhésion) et réévaluation des objectifs glycémiques - Voir fiche « Initiation à l'Insulinothérapie » pour l'adaptation des objectifs thérapeutiques. Objectif : éviter le surtraitement (une désintensification peut aussi être proposée - Cf. Verso).

COMMENT ADAPTER LES TRAITEMENTS ANTI-HYPERGLYCÉMIANTS ? - RÉÉVALUATION

Identifier les individus et les raisons amenant à une déprescription¹

Bien que chez les personnes âgées dites « en bonne santé », les choix thérapeutiques soient très similaires à ceux proposés aux patients plus jeunes (avec cependant une vigilance particulière sur le risque iatrogène), il faudra régulièrement considérer **l'option de la déprescription qui peut nécessiter l'avis d'un gériatre** :

- Si le patient devient fragile ou dépendant, notamment en cas de sarcopénie
- En cas d'apparition puis aggravation de comorbidités
- En cas d'apparition d'effets secondaires significatifs
- En cas d'insulinopénie avancée, lorsque le traitement n'a plus d'effet significatif sur l'HbA1c et en l'absence de risque cardiovasculaire avéré
- En cas de rupture biographique/de fragilités sociales identifiées (perte d'un proche, accident de la vie...)

Quels traitements adapter dans quelles situations ? - Proposition du groupe d'experts

Au regard de ces situations cliniques, l'adaptation des traitements doit être individualisée. Le tableau ci-dessous propose de préciser quels traitements doivent être adaptés ou arrêtés en fonction des situations.

Classe thérapeutique	À arrêter	À adapter
ISGLT2	<ul style="list-style-type: none"> • Infections génitales sévères/récurrentes • Situations à risque d'acidocétose 	<ul style="list-style-type: none"> • Déplétion volémique
	IRC modérée à sévère : réduction de la dose ou arrêt du traitement en fonction de la molécule et du DFG (à discuter avec le néphrologue)	
Metformine	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque décompensée (stade IV NYHA) • IRC sévère (DFG < 30 ml/min) • Phase aiguë, par exemple lors d'un IDM, d'un AVC, d'une infection grave, d'une déshydratation sévère, d'une insuffisance cardiaque décompensée, d'une insuffisance respiratoire ou d'un état de choc 	<ul style="list-style-type: none"> • IRC modérée (29 ml/min/1,73m² < DFG < 60 ml/min/1,73m²) • En cas de troubles digestifs invalidants
iDPP4	IRC modérée à sévère : réduction de la dose ou arrêt du traitement en fonction de la molécule et du DFG	
AR GLP-1	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les patients âgés fragiles dénutris/à risque de dénutrition et chez les patients âgés dépendants (si utilisés : tolérance à réévaluer régulièrement) • Baisse d'HbA1c < 0,5 %* • IRC terminale (DFG < 15 ml/min/1,73m²) • Troubles digestifs invalidants 	-
Insuline (voir fiche « Initiation à l'insulinothérapie »)	-	<ul style="list-style-type: none"> • En cas d'hypoglycémie • En cas de fragilité : réduire les doses pour adapter à la cible glycémique > voir la fiche « Fragilité ». • En cas de DFG < 60 ml/min/1,73m² (IRC modérée à terminale) ou en fonction des séances de la dialyse • Encourager la surveillance par MCG (voir fiche « MCG »)

EN RÉSUMÉ

- Chez la personne âgée diabétique, il est nécessaire de **réévaluer régulièrement les objectifs et les stratégies thérapeutiques** en fonction de l'évolution de la situation clinique et du contexte de vie.
- **Ainsi, la désintensification thérapeutique, voire la déprescription, sont des aspects spécifiques de la prise en charge des patients diabétique âgés**, à considérer régulièrement au cours de leur maladie.
- Malgré les repères pratiques proposés ci-dessus, il n'existe **pas de méthode faisant consensus à ce jour**.

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire ; **IRC** : Insuffisance Rénale Chronique ; **MCG** : Mesure en Continu du Glucose.

1. Darmon P, et al. Diabète de type 2 de la personne âgée : stratégies thérapeutiques. Med Mal Metab 2023;17:8S96-8S101. 2. Darmon P, et al. Prise de position de la Société Française du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements de l'hyperglycémie dans le diabète de type 2-2025. Med Mal Metab 2025;19:630-662.