

Caractéristiques du diabète du sujet âgé

Pierre CUNY

Service d'Endocrinologie Diabétologie Nutrition



CHR Metz - Thionville

1. Considérations générales
2. Notions épidémiologiques
3. Physiopathologie
4. Critères diagnostiques
5. Aspects cliniques
6. Quels objectifs pour quels traitements

- La notion de sujet âgé se modifie
 - Avec le temps
 - Et en fonction de l'âge de l'orateur
 - 1970 🖱 65 ans, l'orateur avait 13 ans
 - 2009 🖱 80 ans, l'orateur a
 - 2030 🖱 95 ans ?, l'orateur aura ou pourrait avoir

L'hyperglycémie quelque soit l'âge est un facteur majeur dans la genèse de la macroangiopathie, dans l'altération des fonctions cognitives et doit donc être combattue.

Mais l'apparition de ces complications et de la microangiopathie (rétinopathie, néphropathie, neuropathie) se déroulent sur des années

- Rétinopathie  au moins 15 ans
- Neuropathie  au moins 10 ans

Il serait vain de fixer des objectifs de normoglycémie à des patients dont l'espérance de vie serait très nettement inférieure à l'apparition des complications.

Par contre l'hyperglycémie élevée
($> 2,50\text{g/l}$ doit être traitée quelque soit
l'état général du patient car source
d'altération ou d'aggravation (soif +++,
polyurie ++, amaigrissement ++, coma)

Les objectifs glycémiques et donc de traitement doivent être adaptés au terrain en tenant compte de :

- La date d'apparition du diabète
- Les complications en cours
- L'espérance de vie
 - Ajouter de la vie aux années et non des années à la vie
- L'environnement
 - Famille, institution

Enfin le diabète s'intègre souvent dans un contexte de polypathologies, de multiples traitements où l'analyse sémiologique et les inférences font toute la difficulté de la gériatrie.

« Au moins trois pathologies évolutives coexistent. Si ce n'est pas le cas, recommence ton examen clinique !!! »

1. Considérations générales
2. **Notions épidémiologiques**
3. Physiopathologie
4. Critères diagnostiques
5. Aspects cliniques
6. Quels objectifs pour quels traitements

Etude PAQUID

- Prévalence : 10% chez les sujets > 65 ans
- Pas de différence homme – femme
- Plus fréquent dans le Nord et l'Est pour le diabète de type 2
- Répartition
 - 90% diabète de type 2
 - 10% diabète de type 1

- Tous les diabètes qui apparaissent après 65 ans ne sont pas tous des diabètes de type 2 !!!
- L'obésité est un facteur majeur !!!

Augmentation du diabète de type 2 après 65 ans

- ➡ Obésité
- ➡ Espérance de vie
- ➡ Accroissement de la population


En 10 ans

+ 44% de diabétiques

+ 7000 diabétiques en plus en Nord Lorraine

1. Considérations générales
2. Notions épidémiologiques
3. **Physiopathologie**
4. Critères diagnostiques
5. Aspects cliniques
6. Quels objectifs pour quels traitements

Diabète de type 1

- 10% des diabètes
- Plutôt sujet jeune < 40 ans
- Brutal et bruyant (acidocétose)
- Poids normal
- Pas d'antécédents familiaux
- Carence totale en insuline
-  Insuline indispensable
- Anticorps Anti GAD ++
- 10% des types 1 sont étiquetés type 2 (UKPDS)

Diabète de type 2

- Plutôt après 40 ans (mais de plus en plus jeune)
- Silencieux et sournois
 - Prise en charge en moyenne 5 ans après le début
- Toujours surpoids
- Antécédents familiaux
- Carence relative en insuline + résistance à l'action de l'insuline
- Traitement repose sur l'amaigrissement et les antidiabétiques oraux

Attention

- Un diabète de type 2 « vieilli » est insulinopénique !!!
- 4% des diabétiques de type 2 nécessitent chaque année une insulinothérapie
- 100% des diabétiques de type 2 sont insulinotraités au bout de 25 ans
- L'acidocétose est fréquente dans le diabète de type 1, rare dans le diabète de type 2
- Par contre le coma hyperosmolaire est rencontré dans le diabète de type 2
- Ce coma est lié à la déshydratation + hyperglycémie $> 6\text{g} / \text{l}$
- Il est très rare mais très grave !!!

- L'acidocétose est fréquente dans le diabète de type 1, rare dans le diabète de type 2
- Par contre le coma hyperosmolaire est rencontré dans le diabète de type 2
- Ce coma est lié à la déshydratation + hyperglycémie $> 6g / l$
- Il est très rare mais très grave !!!

- L'hyperglycémie entraîne des modifications du métabolisme cellulaire: moins de carburant dans les cellules et une déshydratation
 - ☞ Altération des fonctions cognitives
 - ☞ Polyurie pour glycémie > 2g/l,
 - ☞ puis polydipsie,
 - ☞ puis amaigrissement
 - ☞ puis déshydratation

Diabète de type 1

Coma acidocétosique
Glycémie > 2,5g/l

Diabète de type 2

Coma hyperosmolaire
Glycémie > 6 g/l

1. Considérations générales
2. Notions épidémiologiques
3. Physiopathologie
4. Critères diagnostiques
5. Aspects cliniques
6. Quels objectifs pour quels traitements

Depuis 1997

- Glycémie > 1.26 g/l à deux reprises à jeun
ou
- Glycémie > 2 g/l dans la journée

1. Considérations générales
2. Notions épidémiologiques
3. Physiopathologie
4. Critères diagnostiques
5. **Aspects cliniques**
6. Quels objectifs pour quels traitements

- A. Découverte d'un diabète
- B. Diabète ancien
- C. Apparition d'une complication ou
déstabilisation brutale d'un diabète sans
histoire
- D. Ce qu'il faut éviter : Les hypoglycémies ⁺⁺⁺

A. Découverte d'un diabète

- Eliminer un diabète de type 1
 - Absence d'antécédents, modalité de la révélation, poids normal, glycémie > 2,5 g/l, anticorps AntiGAD
- Eliminer une pathologie intercurrente
 - Altération de l'échographie = cancer du pancréas
- Vérifier la polymédication (corticothérapie)
- Penser à un diabète devant la triade classique
 - Polyurie, polydipsie, amaigrissement, asthénie

B. Diabète ancien

- 1) Evolution progressive vers l'insulinodépendance ou l'insulinorequérance
 - HbA1c > 8%
 - Traitement oral maxi. (3 cp Daonil, 3 cp Glucophage 1000)
 - Signes cliniques
 - ☞ *Introduction d'une insulinothérapie adaptée*
 - « La victoire des analogues lents ».*
- 2) Ou contrindication à l'utilisation du traitement per os
- 3) Ou apparition d'une complication

C. Apparition d'une complication

- Insuffisance rénale
- Rétinopathie
- Plaie diabétique
- Cardiopathie ischémique

☞ Mise en place d'une insulinothérapie optimisée en arrêtant le traitement per os.

Ce qu'il faut éviter

- Les hypoglycémies graves qui peuvent entraîner une complication (coma, infarctus !)

1. Considérations générales
2. Notions épidémiologiques
3. Physiopathologie
4. Critères diagnostiques
5. Aspects cliniques
6. Quels objectifs pour quels traitements

Le traitement doit être adapté aux objectifs !!!

Il est illusoire de rechercher une normoglycémie ($HbA1c < 7\%$) par un traitement comportant une injection d'insuline !

Comme il est illusoire de rechercher une normoglycémie chez un patient sans complication et dont l'espérance de vie est inférieure à 10 ans.

Plus l'objectif glycémique est strict, plus le traitement sera optimisé mais plus le risque d'hypoglycémies sera grand.

Conclusions (1)

- Espérance de vie / Apparition des complications
- Les traitements tiennent compte
 - Polypathologies en cours
 - Degré d'autonomie – Cognitif +++
 - Environnement (familial, institutionnel)

Conclusions (2)

- Les risques liés à l'hyperglycémie sont rares mais ceux liés aux hypoglycémies sont importants
- En cas de complications spécifiques du diabète ou de pathologies intercurrentes, la prise en charge repose sur l'optimisation du schéma thérapeutique.

Cet exposé est disponible sur le site

<http://www.synergie-sante.net>