

Le diabète du sujet âgé

Expert : Marc Mennecart, chef du service de Médecine Aigüe gériatrique-CHRU Tours

(absence de conflit d'intérêt)

Rédacteur : Vanessa Pouteau IDEC ERVMA (absence de conflit d'intérêt)

Approbateur : Natacha Michel gériatre ERVMA (absence de conflit d'intérêt)



Maladie chronique qui touche un grand nombre de personnes âgées dans le monde. Avec le vieillissement, le risque de développer un diabète de type 2 augmente en raison de divers facteurs : diminution de la sensibilité à l'insuline, réduction de l'activité physique, changement métabolique lié à l'âge.



Rappel Diabète Insulino-Dépendant : le corps ne produit plus d'insuline Diabète Non Insulino-Dépendant : le corps utilise mal l'insuline (vieillesse, surpoids, selon mode de vie). Il existe deux seuil de détection du diabète : glycémie supérieure à 1,26 g/l (à jeun à 2 reprises) et une glycémie supérieure à 2g/l (à n'importe quel moment de la journée).

Education et alimentation : alimentation normale à maintenir (proscrire les régimes sans sucre). La dimension "plaisir" est primordiale. Il faut respecter les goûts du patient. Exiger 3 repas/jour + collations éventuelles avec au moins 1,5L de boisson/jour. Il faut maintenir les apports en glucides (>200g/jour) et les apports normaux en protéines (1g/kg/jour)

Activité physique : rôle crucial dans la gestion du diabète. Elle permet l'amélioration du contrôle de la glycémie et du bien-être mental, le maintien de la masse musculaire et de la mobilité, prévient l'apparition des complications cardiovasculaires et de l'obésité.



Evaluation gériatrique standardisée

Cognitive : MMS, test de l'horloge, 5 mots de Dubois

Nutritionnelle : mastication, dénutrition, déglutition

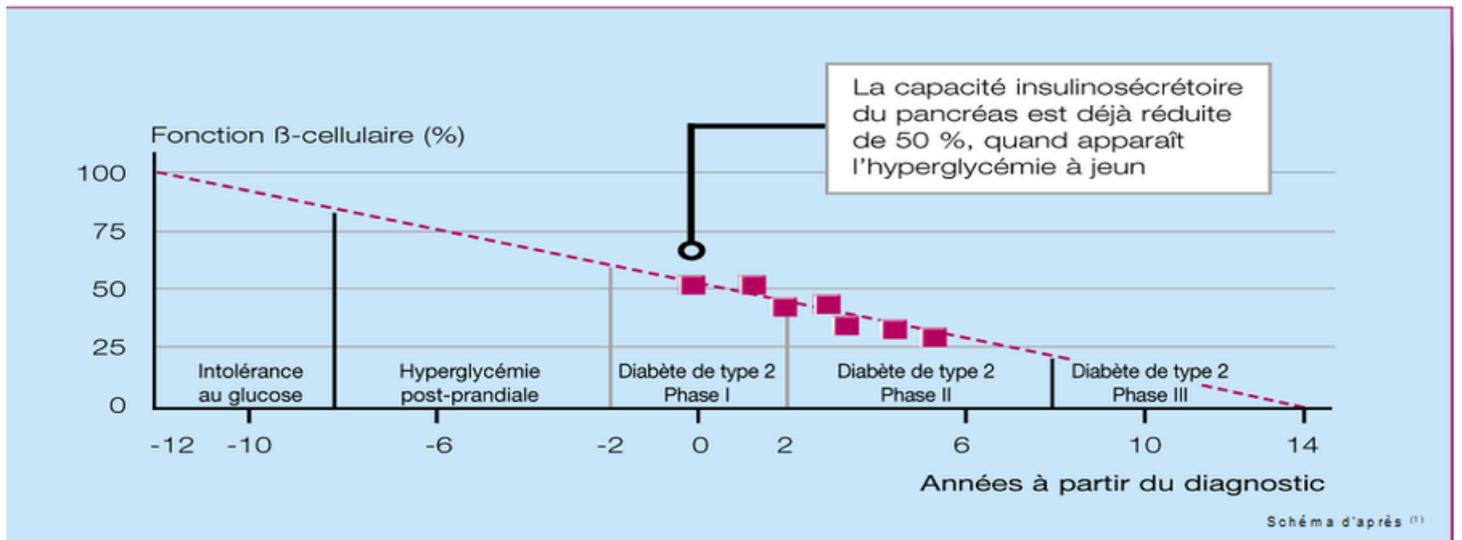
Psychologique : recherche de la dépression, source d'isolement et d'altération des fonctions cognitives

Sociale et environnementale (lieu de vie, contact des proches, activités culturelles)



Insulino-résistance

Les grandes causes : sarcopénie, diminution de l'activité physique, augmentation de l'adiposité viscérale, augmentation de la masse grasse, diminution de l'action de l'insuline au niveau musculaire, apparition de paradontopathie, et présence de stress physiologique (exemple : sepsis).



Les symptômes de l'hypoglycémie

neuro-végétatifs	neuro-glycopéniques
<p>Pâleur, palpitations, tremblements, anxiété</p> <p>Sensation de faim impérieuse, paumes moites, sueurs abondantes, paresthésies péri-buccales</p>	<p>Vision trouble, trouble de l'élocution, difficulté de concentration, lenteur d'expression, comportement "bizarre", agressivité, violence, agitation.</p> <p>Hémiplégie, perte de connaissance, coma, convulsions</p>

Protocole de resucrage (en l'absence de trouble de la conscience)

Resucrer avec 15 gr de glucides (3 sucres n°4 ou 3 sachets de sucre dilués dans l'eau) OU 1 verre de jus d'orange (150 ml) OU 30 gr de pain nature OU 3 biscottes nature

Contrôler la glycémie 30 min plus tard. Si la glycémie < 0,40g/l : resucrer à nouveau et demander un avis médical.

Pour un patient avec trouble de la déglutition : 1flan gélifié sucré OU 1 verre de coca (150ml)

Pour un patient avec trouble de la conscience : Voie intraveineuse : 1 ampoule de G30% et surveillance accrue.

Les insulines

Type d'insuline	Libellé	Délag d'action	Durée d'action
Rapide	Umuline Rapide	30 minutes	6 à 7 heures
Analogue	Lispro	15 minutes	2 à 5 heures
	Aspart	15 minutes	3 à 5 heures
	Glulisine	15 minutes	2 à 5 heures
Intermédiaire	NPH (Umuline)	1 heure	18 à 20 heures
Prémix	Humalog mix	15 minutes	15 heures
	Novomix	15 minutes	14 à 24 heures
Lentes	Lantus	2 à 4 heures	20 à 24 heures
	Levemir	1 à 2 heures	14 à 20 heures



LES 10 points à retenir

1 patient diabétique sur 4 est âgé de plus de 75 ans

Les objectifs glycémiques, le traitement et la prise en charge globale doivent être individualisés

La diététique, l'activité physique et l'éducation thérapeutique restent la base du traitement du diabète de type 2



L'insuffisance rénale est fréquente et limite l'usage des Anti Diabétiques Oraux

Le risque hypoglycémique est réel mais n'est pas un alibi pour tolérer des glycémies élevées

La réduction du risque cardio rénal doit être l'objectif principal du traitement

Toutes les décisions thérapeutiques sont prises en concertation avec le patient