



Prise en charge du diabète de type 2 chez les personnes âgées en première ligne: individualisation de la stratégie thérapeutique

Antoine Christiaens^{1,2} MD, PhD

1. Fonds de la Recherche Scientifique – FNRS

2. Clinical Pharmacy and Pharmacoepidemiology research group (CLIP), Louvain Drug Research Institute (LDRI), Université catholique de Louvain

Le diabète de type 2 chez les personnes âgées est un défi majeur pour les soignants de première ligne. La population âgée présente en effet une grande hétérogénéité en matière d'état clinique, de fonctionnalité et d'espérance de vie. Ainsi les bénéfices potentiels d'un traitement, mais aussi les risques qui y sont associés, sont très différents pour chaque patient. Une évaluation approfondie de l'état de santé est cruciale pour définir des objectifs thérapeutiques individualisés afin notamment d'éviter les hypoglycémies, risque majeur du traitement hypoglycémiant. Les médecins généralistes jouent un rôle central dans ce processus, en collaborant avec les patients pour décider des traitements les plus adaptés à leurs besoins et préférences.

Différentes recommandations cliniques existent, précisant les objectifs thérapeutiques individualisés pour l'équilibre glycémique, tensionnel ou lipémique. Ces recommandations proposent également des algorithmes de choix de classe médicamenteuses pour chaque ligne thérapeutique en fonction du profil clinique du patient.

Le surtraitement par des traitements hypoglycémians est un risque majeur chez les personnes âgées, associé à une augmentation de la mortalité. Afin d'optimiser la prise en charge des patients surtraités, la déprescription, qui consiste à réduire ou à arrêter les traitements trop intensifs, lorsque les risques l'emportent sur les bénéfices, émerge comme une stratégie intéressante.

Les avancées technologiques telles que les capteurs de monitoring glycémique en continu offrent de nouvelles possibilités pour améliorer la prise en charge du diabète chez les personnes âgées, bien que des défis d'accessibilité persistent. L'avenir de la prise en charge du diabète repose sur une approche plus personnalisée intégrant les avancées de la médecine de précision.

Le défi du diabète de type 2 chez les personnes âgées

Le diabète de type 2 est devenu l'une des pathologies chroniques les plus fréquentes chez les personnes âgées, affectant actuellement un patient sur cinq de plus de 65 ans en Europe (1). Cette prévalence est appelée à croître dans les années à venir, anticipant une augmentation significative des coûts associés à la prise en charge du diabète de type 2, notamment en raison du vieillissement démographique et de l'augmentation du nombre de patients âgés (1). Le diabète de type 2 chez les patients âgés est donc un véritable problème de santé publique, qui mérite une attention particulière.

Par ailleurs, une proportion importante de la population adulte atteinte de diabète en Belgique est actuellement sous-diagnostiquée (estimée à près de 34% de la population adulte diabétique). Si on ne connaît pas précisément la prévalence du sous-diagnostic du diabète chez les patients âgés, on sait que celle-ci est plus importante dans la population âgée que dans la population plus jeune (2,3). Le sous-diagnostic retarde le début de la prise en charge, ce qui peut renforcer le risque de complications graves ou d'effets délétères de l'hyperglycémie chez les patients âgés.

Au-delà des aspects strictement épidémiologiques, il existe également des liens physiopathologiques profonds entre le diabète de type 2 et le processus de vieillissement. Le vieillissement aggrave les causes et les conséquences du diabète, rendant les personnes âgées plus vulnérables à ses effets délétères, tels que la fragilité et la dépendance (4-6). Cela engendre diverses particularités dans la prise en charge thérapeutique qu'il faut pouvoir prendre en compte.

Enfin, le suivi médical chronique des patients atteints de diabète de type 2 est en Belgique avant tout du ressort des soignants de première ligne, notamment grâce aux spécificités du «trajet de soins Diabète de type 2» (7). Les défis qui y sont associés sont donc en premier lieu l'apogée des médecins généralistes.

Population hétérogène et risques thérapeutiques

La population âgée représente une diversité clinique considérable, en matière de présence de comorbidité, de statut fonctionnel, d'état de santé global et d'espérance de vie, indépendamment de l'âge du patient. C'est un fait qui se constate chaque jour en pratique clinique: certains patients plus jeunes peuvent être en moins bon état de santé que d'autres patients plus âgés qui auront une espérance de vie plus importante.

Par conséquent, tous les patients âgés ne bénéficient pas de la même manière des traitements intensifs du

diabète de type 2 qui visent principalement à éviter les complications microvasculaires survenant après 10 ou 15 ans (rétinopathies, néphropathies, neuropathies diabétiques). Ainsi, certains patients, en bonne santé et avec une longue espérance de vie, peuvent tirer profit d'une gestion thérapeutique intensive. En revanche, pour les patients dont l'espérance de vie est plus courte, les bénéfices de tels traitements peuvent être limités, diminuant l'intérêt et le sens de ces traitements. L'identification des bénéfices potentiels des traitements intensifs est cruciale pour orienter les décisions thérapeutiques chez les personnes âgées (8,9).

D'autant plus que le traitement du diabète, en particulier le traitement anti-hyperglycémiant visant à restaurer l'équilibre glycémique, comporte des risques importants pour le patient âgé (10). Le risque le plus important est probablement celui lié à la survenue d'hypoglycémie, effet indésirable majeur de certaines classes médicamenteuses (insulines, sulfamidés hypoglycémiantes et glinides). Les hypoglycémies sont fréquentes et potentiellement dangereuses chez les patients âgés, associées aux chutes avec fracture, au déclin cognitif et fonctionnel, à l'augmentation du risque d'hospitalisation et de décès (11-13). De plus, à cause de l'émoussement physiologique du système nerveux autonome lié à l'âge, la présentation clinique des hypoglycémies chez les personnes âgées est souvent atypique, et rend le diagnostic difficile à réaliser. Les hypoglycémies sont donc à éviter à tout prix (11).

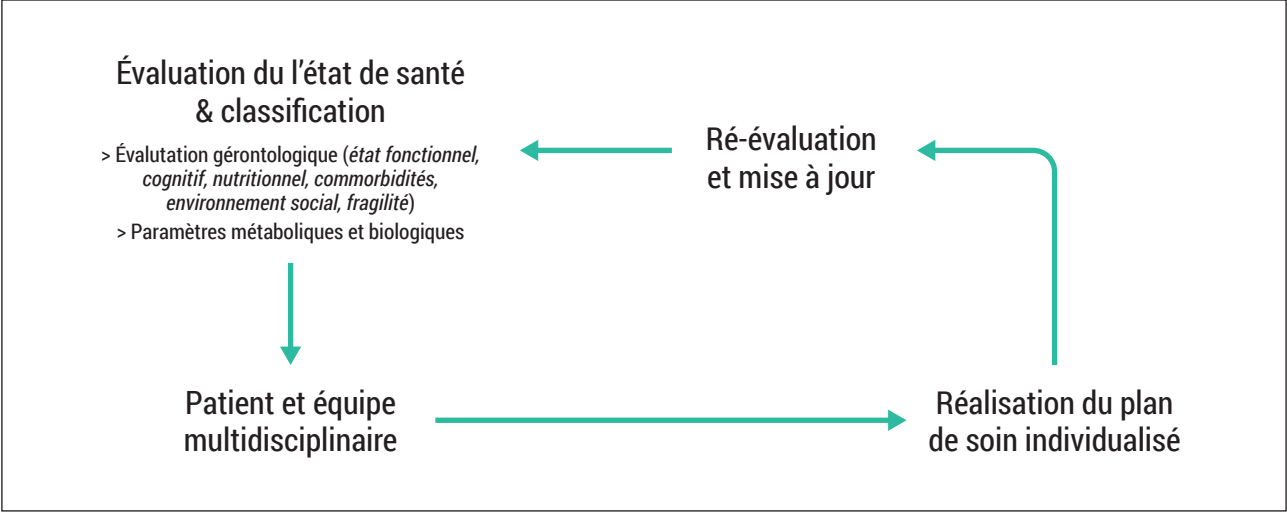
Le vieillissement aggrave les causes et les conséquences du diabète, rendant les personnes âgées plus vulnérables à ses effets délétères.

D'autres risques liés au traitement sont à soulever, notamment celui des interactions médicamenteuses qui peuvent être importantes chez ces patients souvent polymédiqués. L'insuffisance rénale chronique et les variations importantes de clearance rénale, fréquente chez les patients âgés, constitue également un risque important lors de l'utilisation de certaines classes médicamenteuses, telles que la metformine ou les sulfamidés hypoglycémiantes (10).

Vu l'hétérogénéité interindividuelle des bénéfices et des risques, une approche thérapeutique individualisée est donc essentielle (14,15). Elle permet de définir des objectifs thérapeutiques et la stratégie thérapeutique

Figure 1:

Stratégie thérapeutique individualisée du diabète de type 2 chez le patient âgé, d'après les recommandations de l'*European Geriatric Medicine Society* (figure adaptée de Bourdel-Marchasson et al. 2023 (15))



globale personnalisés en tenant compte des particularités liées à l'état de santé du patient, à son espérance de vie et à ses préférences personnelles (**Figure 1**).

Évaluation de l'état de santé et décision thérapeutique centrée sur le patient

Différents guides de pratique clinique de bonne qualité sont disponibles, émis par des sociétés scientifiques nationales et internationales, et comportant des recommandations spécifiques pour la prise en charge individualisée des patients âgés (14). Il faut cependant noter que ces recommandations sont la plupart du temps établies sur des preuves de faible qualité, vu le manque d'études. Parmi les guides de pratiques cliniques récents, le plus utile est sans doute celui émis en 2023 par l'*European Geriatric Medicine Society* (EuGMS), portant sur la prise en charge du diabète de type 2 chez les patients âgés en soins de première ligne (15). Ce guide de pratique clinique propose une stratégie de prise en charge individualisée, centrée sur

le patient, incluant différentes étapes allant de l'évaluation de l'état de santé à la prise de décision thérapeutique (**Figure 1**).

L'évaluation de l'état de santé du patient est la première étape. Elle se base une évaluation gériatrique détaillée (état fonctionnel, état cognitif, présence de comorbidités et de complications du diabète, évaluation de la fragilité, évaluation de l'environnement social), ainsi que sur des paramètres biologiques (e.g. fonction rénale, HbA1c) et métaboliques (e.g. poids, BMI). Elle permet de classer les patients en fonction de leur état de santé général, les catégorisant en bon état de santé (aucune dépendance fonctionnelle ni trouble cognitif, nombre limité de comorbidité), état de santé intermédiaire (troubles cognitifs légers à modérés et/ou troubles fonctionnels nécessitant une aide partielle pour la réalisation des activités de la vie quotidienne) ou état de santé précaire (troubles cognitifs sévères et/ou troubles fonctionnels nécessitant une aide complète pour la réalisation des activités de la vie quotidienne).

Tableau 1:

Objectifs thérapeutiques du diabète de type 2 pour les patients âgés, individualisés en fonction de l'état de santé général du patient (tableau adapté de Bourdel-Marchasson et al. (15))

	Bon état de santé	État de santé intermédiaire	État de santé précaire
Équilibre glycémique	7,0 – 7,5%	7,5 – 8,0%	8,0 – 8,5%
Équilibre tensionnel	130/80 mmHg	140/90 mmHg	150/90 mmHg
Équilibre lipémique	Viser une réduction de >50% du LDL (statine à haute intensité)	Viser une réduction de >50% du LDL (statine à haute intensité)	Prise de décision sur base clinique

Ensuite, différents objectifs thérapeutiques (pour le contrôle glycémique, tensionnel et lipémique) sont suggérés par le guide de pratique clinique pour chaque catégorie d'état de santé, offrant ainsi une approche individualisée (**Tableau 1**). Bien entendu, ces objectifs peuvent être nuancés en fonction d'autres risques connus du soignant de première ligne, et bien sûr, en fonction des préférences du patient. Les recommandations cliniques préconisent également des objectifs spécifiques pour la prévention des complications spécifiques du diabète ou pour les aspects nutritionnels.

Le choix des molécules en fonction de la ligne thérapeutique dépend également des caractéristiques cliniques du patient et de son état de santé. Si la metformine reste le meilleur choix pour la première ligne de traitement, elle peut être remplacée par d'autres classes médicamenteuses dans certaines conditions (telles que les gliptines – DPP4-inhibiteurs qui constituent un bon choix pour les patients plus fragiles). Selon les recommandations, les sulfamidés hypoglycémisants sont globalement à éviter chez les patients âgés vu le risque d'hypoglycémie majeur qui y est associé. Les gliflozines (inhibiteurs du SGLT2) sont potentiellement utiles et offrent un choix de deuxième ligne thérapeutique intéressant chez les patients âgés, notamment en cas d'insuffisance rénale chronique ou d'insuffisance cardiaque. Leur facilité et sécurité d'utilisation semble satisfaisante chez les patients âgés, bien que les données provenant d'études scientifiques soient encore trop peu étayées à ce stade dans cette population (10,15). Les agonistes du récepteur au GLP1 sont principalement utiles comme deuxième ligne thérapeutique chez les patients en bon état de santé global et en surpoids. Cette classe n'est pas une option recommandée pour les patients fragiles, à risque de dénutrition, ou âgés de plus de 75 ans (10). L'insuline reste une classe très utile, afin d'intensifier le traitement, ou lorsque les traitements oraux sont contre-indiqués par l'insuffisance rénale. Fortement hypogène, l'insuline doit être utilisée avec précaution, avec un monitoring glycémique régulier. Les formes d'insulinothérapie à privilégier sont les insulines basales à longue durée d'action (15). Par ailleurs, le choix des classes médicamenteuses doit aussi se baser sur la facilité d'utilisation pour le patient (potentiel d'éducation) et doit être compatible avec l'environnement social de celui-ci (aides quotidiennes disponibles, etc).

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans ce processus de prise en charge multidisciplinaire. La prise de décision thérapeutique doit être partagée avec le patient âgé, tenant compte de ses préférences individuelles et de sa qualité de vie. Il est enfin crucial de surveiller régulièrement l'état de santé du patient et d'adapter le plan de soins en conséquence. L'inertie thérapeutique, qui survient lorsque les objectifs thérapeutiques demeurent les mêmes

Take home messages

- **Population hétérogène et individualisation du traitement:** l'évaluation initiale approfondie de l'état de santé est essentielle pour définir des objectifs thérapeutiques adaptés à chaque patient âgé, en tenant compte de son état de santé global et de son espérance de vie.
- **Réévaluation régulière – éviter l'inertie thérapeutique:** il est important de revoir régulièrement les traitements pour éviter de maintenir des stratégies thérapeutiques qui pourraient ne plus être appropriées en raison de l'évolution de l'état de santé du patient.
- **Risque de surtraitement:** les personnes âgées atteintes de diabète de type 2 sont souvent sujettes au surtraitement, ce qui peut augmenter le risque de complications et de mortalité. Ajuster les traitements de manière appropriée est crucial pour éviter ce risque.
- **Déprescription:** la déprescription, qui consiste à réduire ou arrêter les traitements intensifs lorsque cela est nécessaire, pour éviter les risques liés aux traitements, est une stratégie recommandée afin d'optimiser le traitement de certains patients âgés. Elle s'inscrit en réalité dans le même contexte que la révision médicamenteuse.
- **Innovations technologiques:** les progrès technologiques tels que les capteurs de monitoring glycémique en continu ouvrent de nouvelles perspectives pour améliorer la prise en charge du diabète chez les personnes âgées. Cependant, il reste des défis à relever, notamment en termes d'accessibilité et d'équité dans l'utilisation de ces technologies.

malgré une évolution défavorable de l'état de santé du patient, doit être évitée pour garantir des soins optimaux (15).

Surtraitement par traitements hypoglycémisants, un risque majeur pour les patients âgés

Le surtraitement survient lorsqu'un traitement hypoglycémiant trop intense est utilisé, surpassant les objectifs thérapeutiques individualisés pour le patient. Le surtraitement est défini comme un traitement amenant le patient à «un niveau de glycémie inapproprié pour le statut de santé du patient et qui le place à haut risque d'effets indésirables nuisibles du traitement hypoglycémiant, comme les hypoglycémies ou ses conséquences néfastes» (16).

Ces dernières années, de nombreuses études se sont intéressées à ce phénomène. Elles ont notamment mis en évidence l'importante prévalence du surtraitement, atteignant, selon le pays, les échantillons inclus, le setting et la définition pratique du surtraitement utilisée, entre 22% et 57% des patients âgés (17-19). De plus, il a été démontré

**Figure 2:**

Profil de patients pour qui la déprescription du traitement hypoglycémiant est recommandée (selon Christiaens et al. 2023 (22))

que le surtraitement était associé avec une augmentation significative du risque de mortalité, indépendamment de l'âge, de l'état de santé ou de la fragilité du patient. Selon ces études, le surtraitement est associé à une augmentation de la mortalité chez les patients âgés : un patient surtraité a un risque accru de 60 à 70% de décéder dans l'année par rapport à un patient non-surtraité (18,20). À ce stade, la cause exacte de cette augmentation de mortalité chez les patients surtraités n'est pas encore démontrée.

Déprescription du traitement hypoglycémiant, une solution au surtraitement

La déprescription du traitement hypoglycémiant émerge comme une attitude intéressante pour contrer le surtraitement et garantir des soins adaptés aux besoins individuels des patients âgés atteints de diabète de type 2. Cette approche vise à réduire, arrêter ou switcher vers d'autres alternatives les traitements qui présentent des risques trop importants ou des bénéfices trop faibles. Ceci concerne principalement les sulfamides hypoglycémiant, les glinides ou certaines insulines, qui présentent un risque élevé d'hypoglycémie chez les personnes âgées (21,22). La déprescription n'est pas à assimiler à un abandon du traitement ou à des soins palliatifs ; il s'agit en réalité d'une stratégie d'optimisation thérapeutique afin de minimiser les risques iatrogènes et maximiser les bénéfices thérapeutiques. Sa finalité est de rejoindre les objectifs thérapeutiques suggérés par les recommandations (cf supra : «Évaluation de l'état de santé et décision thérapeutique centrée sur le patient»), tout en veillant à éviter d'engendrer du sous-traitement pouvant conduire à des risques

aigus (e.g. coma hyperosmolaires) voire chroniques (e.g. infections, complications microvasculaires).

Des guides de pratiques cliniques fournissent désormais des recommandations spécifiques sur la déprescription. Cependant, leur niveau de preuve demeure limité en raison du manque d'études de qualité dans ce domaine (22). Ces guides recommandent la déprescription pour différents profils de patients, pour lesquels les risques liés au traitement sont trop importants, ou les bénéfices liés à celui-ci sont trop limités (**Figure 2**). Ils proposent également des stratégies de déprescription, offrant des méthodes et des algorithmes précis pour guider les médecins généralistes dans ce processus complexe (23). Par exemple, pour un patient présentant des comorbidités multiples, dont un très lourd profil de pathologies cardiovasculaires chroniques, traité habituellement par metformine et gliclazide (sulfamidés hypoglycémiant, à haut risque d'hypoglycémie), l'arrêt du gliclazide à remplacer par exemple par un inhibiteur du SGLT2 est la démarche de déprescription recommandée.

Néanmoins, les patients peuvent exprimer des inquiétudes face aux changements de traitement, ce qui souligne l'importance d'une communication claire et d'une approche collaborative dans le processus de déprescription (24).

Perspectives et avancées technologiques

La recherche et le développement dans le domaine du diabète de type 2 progressent rapidement, ouvrant la voie à de nouvelles approches de prise en charge thérapeutique. Les avancées technologiques, en particulier, joueront un

rôle de plus en plus important dans l'amélioration des soins aux personnes âgées atteintes de diabète (25).

Par exemple, l'utilisation répandue des capteurs de monitoring glycémique en continu (CGM) représente une avancée majeure. Ces dispositifs ont démontré de nombreux avantages chez les adultes et les personnes âgées, en améliorant notamment la détection des hypoglycémies, souvent méconnues avec les mesures capillaires ponctuelles classiques. Cependant, des défis persistent quant à l'accessibilité de ces technologies pour les personnes âgées, notamment en raison de la fracture numérique et des inégalités sociales. Il est essentiel de garantir l'équité d'accès à ces outils, en tenant compte des besoins spécifiques des populations vulnérables et dépendantes (25). Les soignants de première ligne auront très certainement un rôle important à jouer dans l'utilisation de ces technologies.

L'avenir de la prise en charge du diabète réside également dans une approche plus personnalisée, intégrant les concepts de médecine de précision. Bien que les outils précis manquent actuellement, les progrès futurs

pourraient inclure une meilleure prise en compte de l'hétérogénéité métabolique et de la fragilité des patients, peut-être même en utilisant des approches omiques pour une gestion plus fine du diabète (9,26,27).

Conclusion

La gestion du diabète de type 2 chez les personnes âgées représente un défi complexe dans cette population hétérogène pour laquelle le traitement peut constituer un risque majeur. La prise en charge doit être adaptée à la diversité clinique des patients âgés, en tenant compte de leur état de santé global, de leurs préférences personnelles et de leur qualité de vie. Les soignants de première ligne jouent un rôle clé dans la stratégie thérapeutique individualisée, en minimisant les risques et en maximisant les bénéfices liés au traitement, afin de garantir des soins de qualité. ■

Références sur www.medi-sphere.be

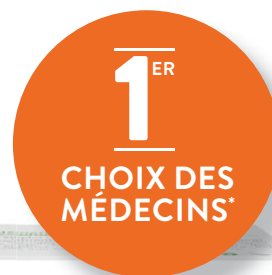
FerroDyn[®] FORTE

Fer hautement dosé sous la forme **la mieux absorbée**

- ✓ Bisglycinate de fer : absorption optimale
- ✓ Haut dosage 45 mg Fe²⁺
- ✓ Avec des vitamines B6 et B9 actives
- ✓ Haute tolérance gastro-intestinale



Également disponible en comprimés à mâcher



www.metagenics.eu

Metagenics