

Le diabète chez nos aînés: généralités et alimentation

Dr. med. Christina Lyko
FMH diabétologie-endocrinologie
FMH médecine interne
Centre médical de Lavaux, Cully
+ Hôpital cantonal de Fribourg
17.11.2022

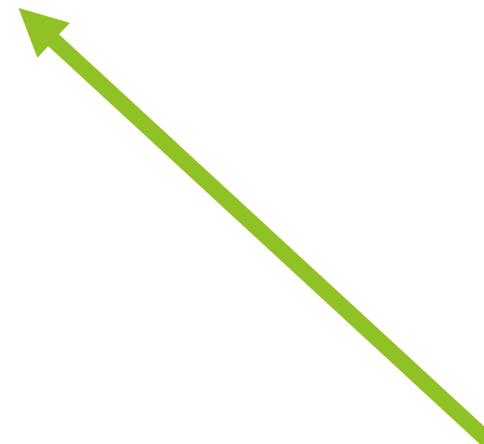
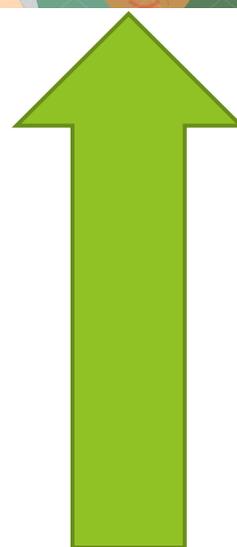
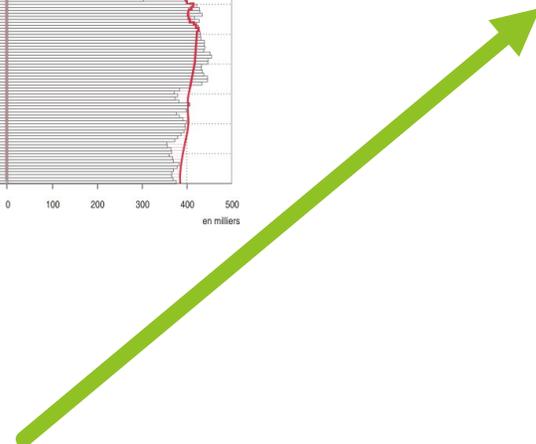
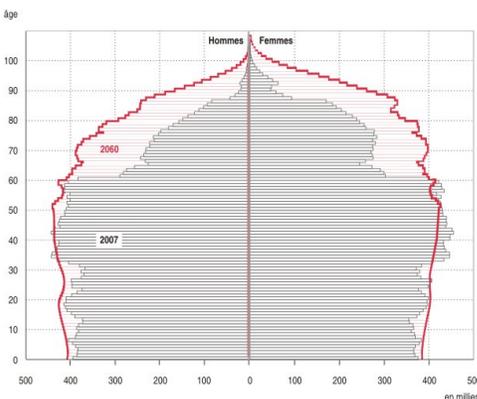
Sommaire

- ▶ Contexte et définitions
- ▶ Pourquoi traiter?
- ▶ Comment traiter?
- ▶ Ateliers «Alimentation»
- ▶ Traitements médicamenteux

la moitié des patients avec un diabète ont > 65 ans



> 65 ans: 10-15% ont un diabète



Augmentation de la population vieillissante

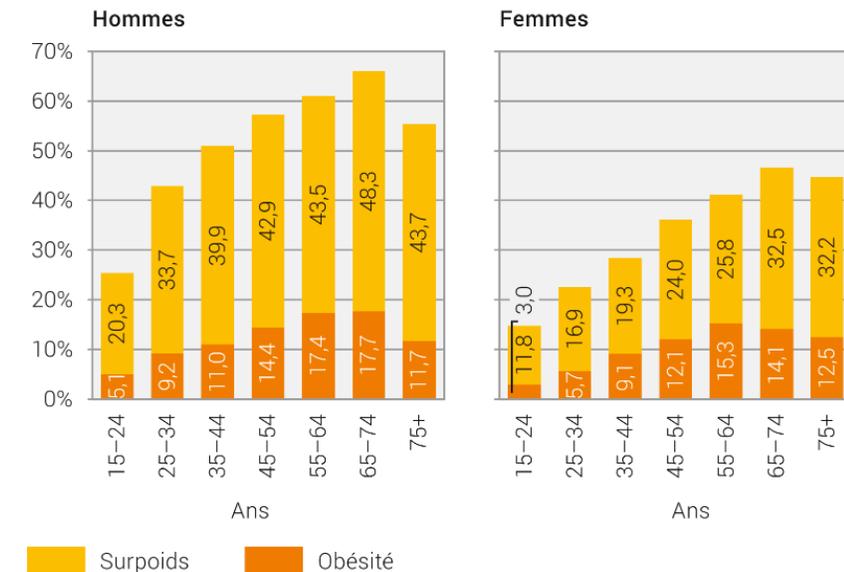
Augmentation de la prévalence du diabète

Pourquoi autant de personnes âgées avec un diabète?

- ▶ Diminution sécrétion insuline
 - ▶ Augmentation insulino-résistance
 - ▶ Surpoids - obésité
 - ▶ Sédentarité
 - ▶ Médications (corticoïdes)
-
- ▶ **Ne pas oublier qu'il y a aussi des patients avec DM1!**

Surpoids et obésité, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2018

Définitions

OMS: «accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires»

Âge entre 70-90 ans où:

- Espérance de vie plus courte
- + comorbidités
- + risques de complications d'un traitement

Et encore ... ralentissement du métabolisme, insuffisance rénale, troubles cognitifs, diminution de la mobilité



Isolement
Dépression
Dénutrition



«Fragilité» - «frailty»



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour l'**entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide **pour prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

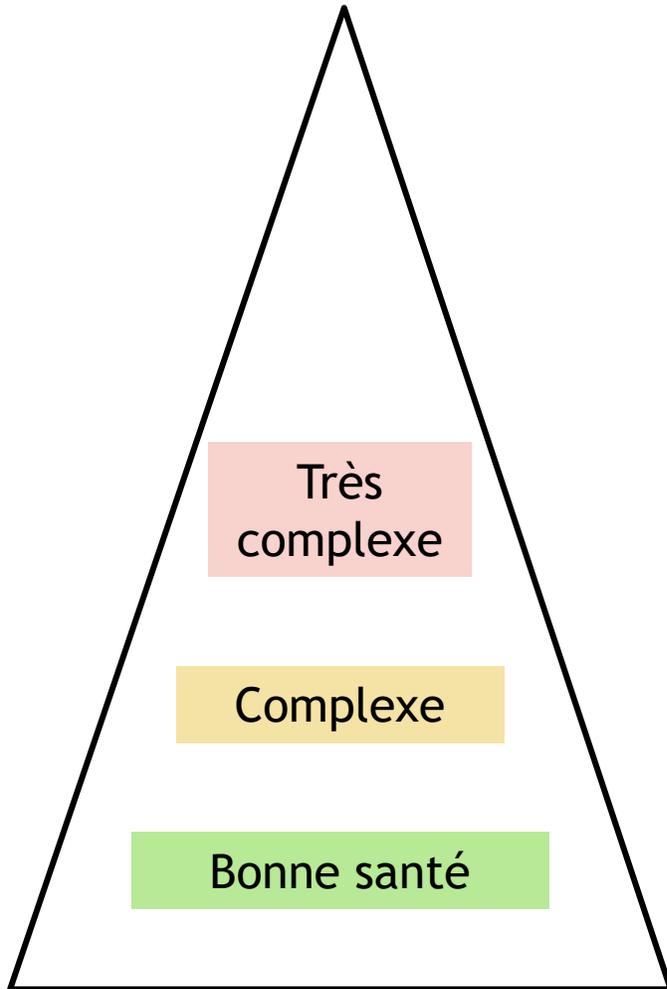
Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

Pour simplifier, 3 classes:



Maladie terminale	Troubles cognitifs sévères	Espérance de vie limitée
Plusieurs comorbidités	Troubles cognitifs modérés	Espérance de vie intermédiaire 5-10 ans
Peu de comorbidités	Status cognitif et fonctionnel intact	Espérance de vie plus longue

Pourquoi traiter?



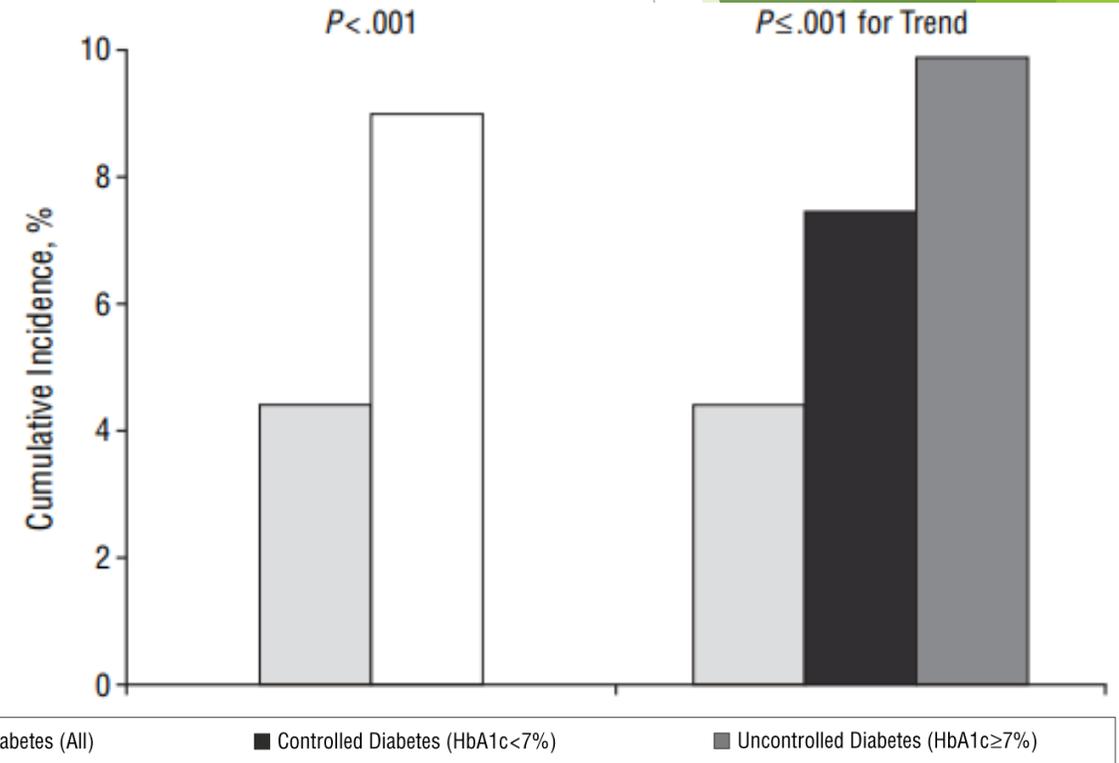
- ▶ Bénéfices cardiovasculaires

Oui mais... bien d'autres objectifs que chez le «jeune» :

- ▶ Amélioration des troubles cognitifs
- ▶ Prévention perte musculaire
- ▶ Diminution de la dépression
- ▶ Diminution des chutes
- ▶ Amélioration de la continence urinaire
- ▶ Diminution des infections
- ▶ Moins d'escarres et de plaies

Dépression

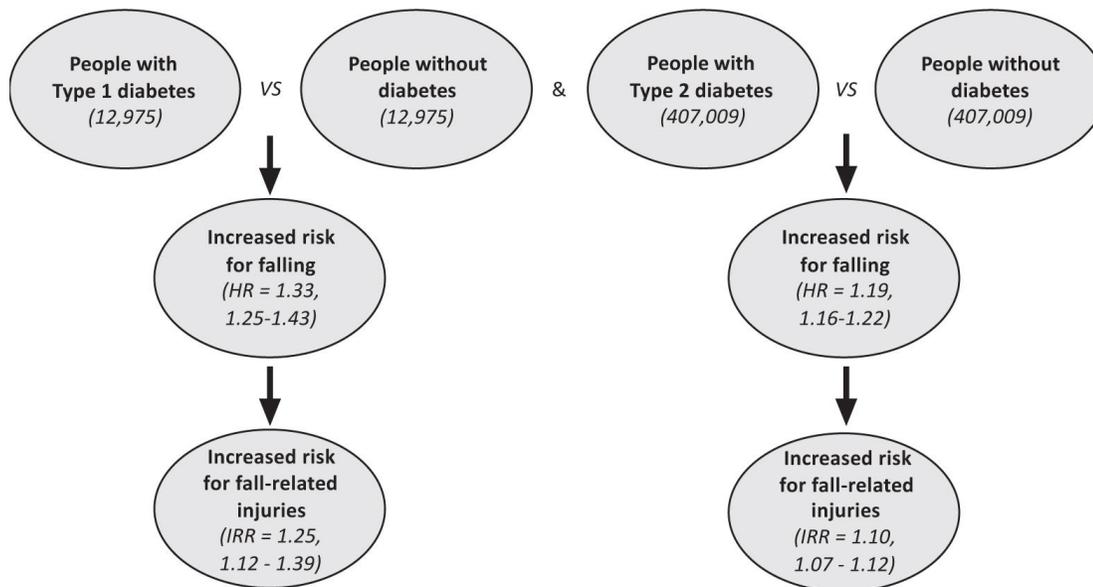
- ▶ 25% des personnes âgées avec diabète ont un trouble dépressif
- ▶ Le diabète augmente le risque x2 d'avoir un syndrome dépressif
- ▶ Un diabète mal équilibré augmente d'avantage le risque de dépression
- ▶ La dépression augmente la mortalité (HR 1.46)



Démence

- ▶ DM2 augmente le risque x 2.5 de démence vasculaire
- ▶ DM2 augmente le risque x 1.5 de maladie d'Alzheimer

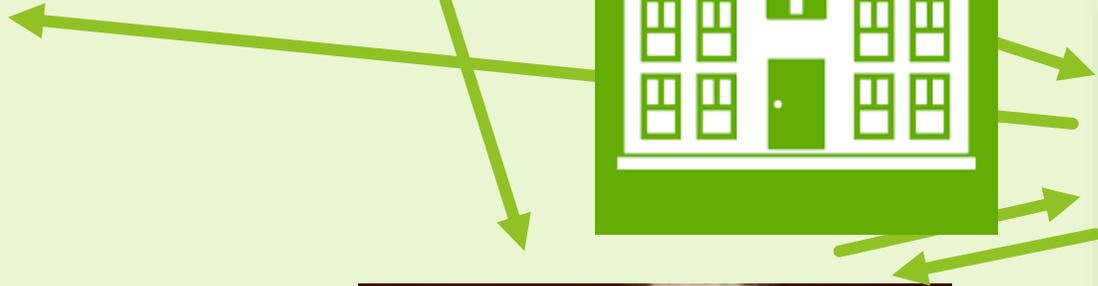
Chutes



Flow chart showing risk of falling, fall related injuries in people with /without diabetes.

Causes:

- ▶ Perte musculaire
- ▶ Polyneuropathie périphérique
- ▶ Troubles visuels
- ▶ Hypotension orthostatique
- ▶ Hypoglycémies!





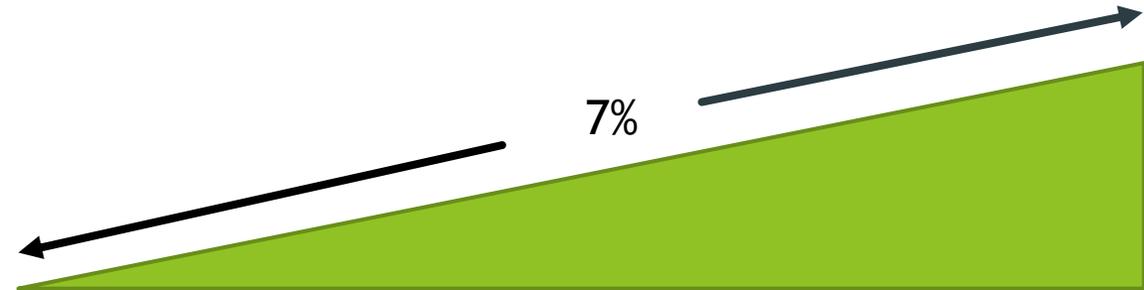
Comment traiter?



HbA1c

Quelles cibles?

- ▶ En fonction de:
 - ▶ Risque d'hypoglycémie
 - ▶ Durée du diabète
 - ▶ Espérance de vie
 - ▶ Comorbidités
 - ▶ Complications vasculaires
 - ▶ Préférence du patient
 - ▶ Ressources du patients



Objectifs de traitement

- ▶ Cibles HbA1c en fonction du status de fragilité

	Bonne santé	Complexe	Très complexe
HbA1c	7-7.5 %	7-8 %	Éviter hyper- et hypoglycémies Cibles glycémies 5.6-11.1 mmol/L

- ▶ Objectifs:

- 1) Éviter les hypoglycémies
- 2) Éviter la perte musculaire
- 3) Éviter la polypharmacie

Mot d'ordre : PERSONNALISER LE TRAITEMENT

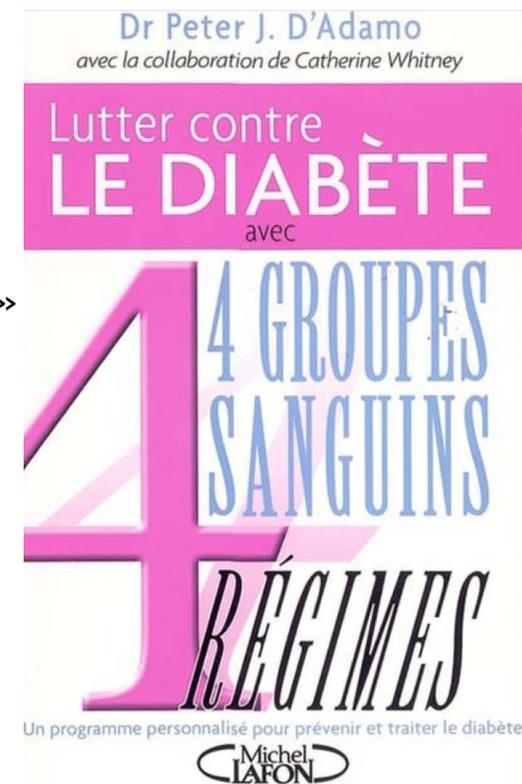
- ▶ «moins agressif» ne veut pas dire «ne pas traiter»
- ▶ Maladie chronique = traitement chronique → ne pas tout arrêter d'un coup pour éviter d'engendrer une anxiété/sentiment d'abandon

Alimentation

«Au régime!»



«Arrêtez toute
forme de sucre!»





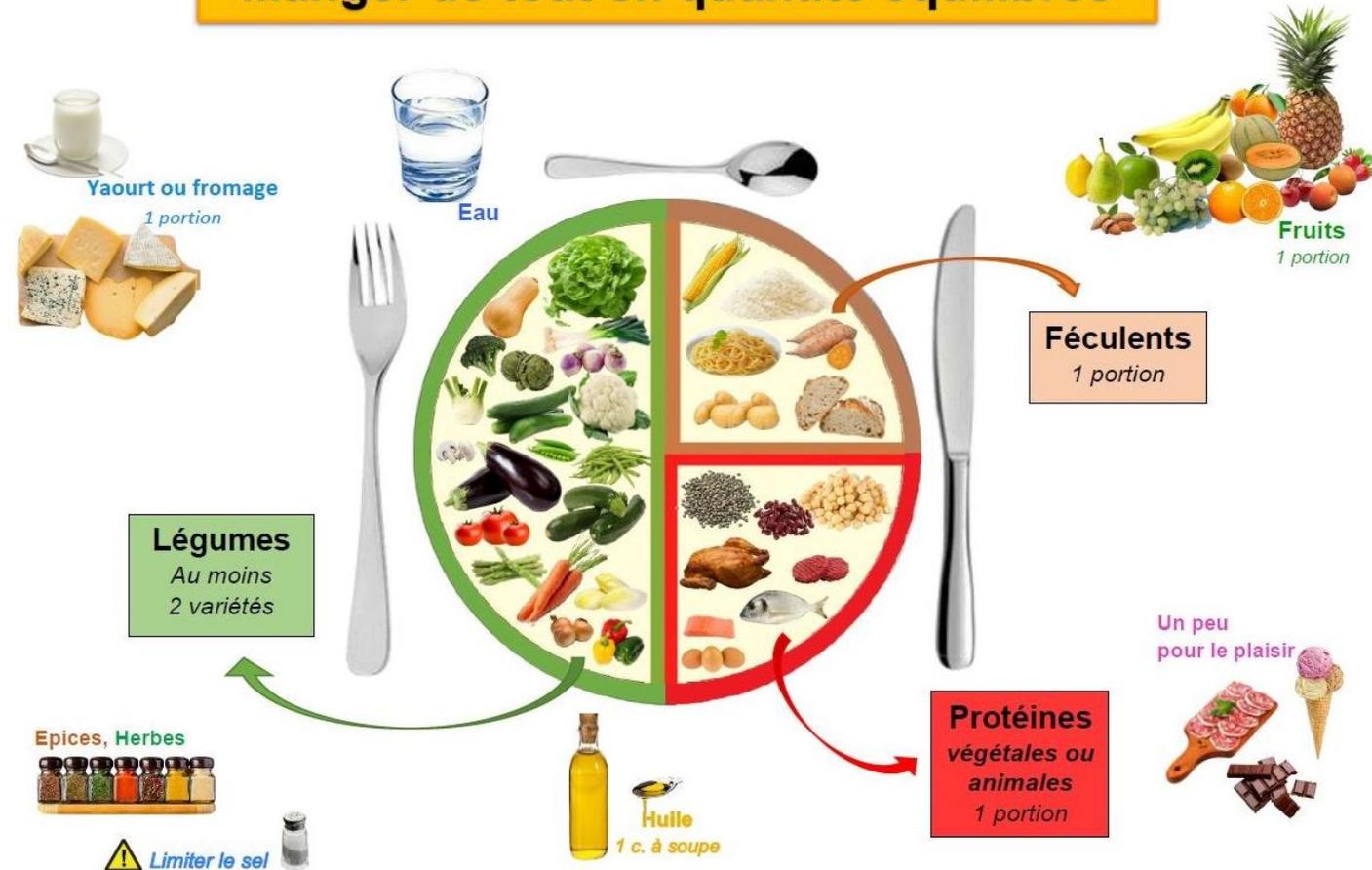
ATELIERS

Alimentation: des régimes?

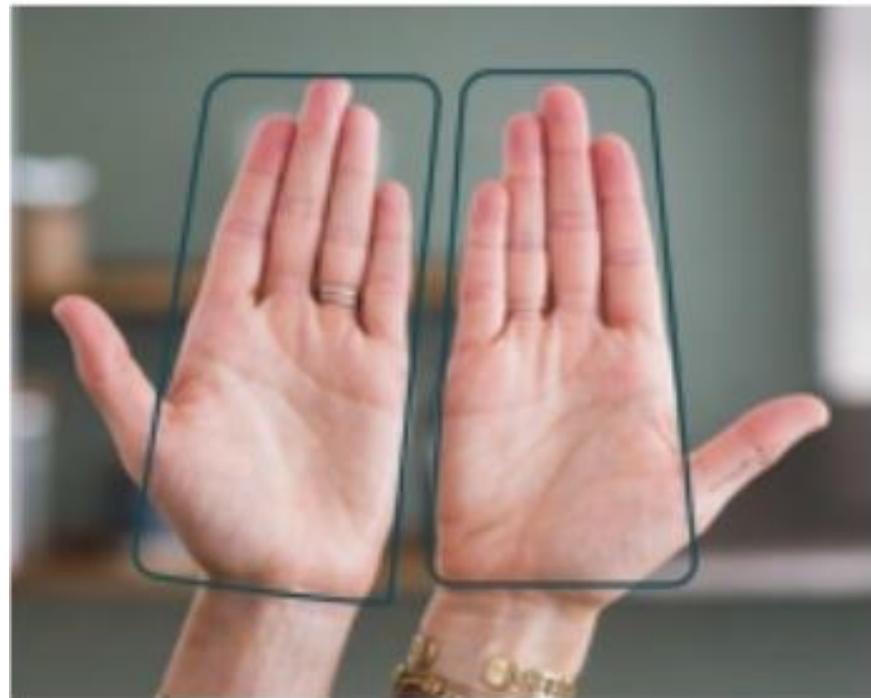
- NON surtout pas de régime!!!
→ alimentation **équilibrée**



Manger de tout en quantité équilibrée



C'est quoi « une portion »?



2 MAINS
(légumes)



PAUME
(protéines animales
et végétales)



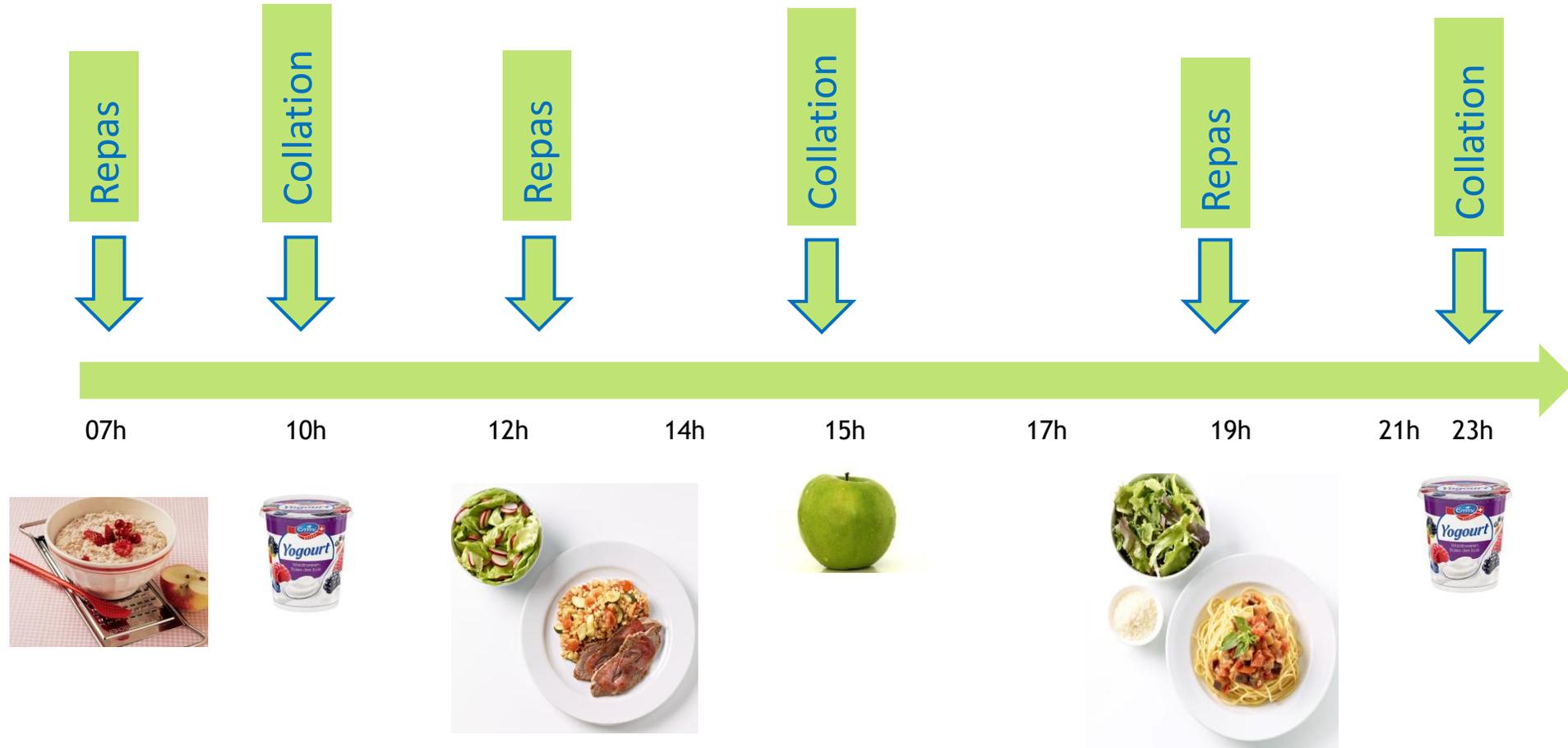
POING
(féculents,
fruits)



DOIGT
(matières
grasses)

Alimentation: collations ?

- OUI des collations, mais pas de grignotages!
→ alimentation **structurée**



Pas de sucre?

- ▶ Les sucres ne sont pas interdits
- ▶ Privilégier les hydrates de carbones «lents» ou faible index glycémique
- ▶ Eviter les boissons sucrées
- ▶ Chocolats, gâteaux : 1x/jour



8 g



22 g

Autres obstacles

- ▶ Appétit: polymédication - dépression
- ▶ Dentition
- ▶ Déglutition
- ▶ Autonomie: certains patients ne *veulent* plus ou ne *peuvent* plus cuisiner
- ▶ Dimension sociale: isolement, solitude
- ▶ Ne pas oublier la notion de plaisir!

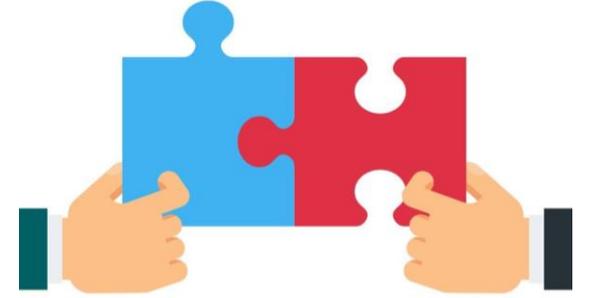


Repas à domicile

- ▶ CMS
- ▶ Centre d'accueil temporaire
CAT
- ▶ Traiteurs
 - ▶ Coûts!



Alimentation en fonction du traitement



- ▶ Attention à la régularité des apports
 - ▶ 1 portion d'hydrates de carbones à chaque repas - surtout si insulinothérapie
 - ▶ Collation au coucher
- ▶ Attention aux portions des repas (surtout en cas de traitement par a-GLP-1)
 - ▶ Privilégier des petites portions à intervalles réguliers - FRACTIONNEMENT

Alcool

- ▶ Risque **d'hypoglycémie !!!**
 - ▶ Bloque gluconéogénèse hépatique
- ▶ Conseils
 - ▶ Consommer avec un repas ou une collation contenant des glucides
 - ▶ Limiter la quantité
 - ▶ Toujours avoir sur soi de quoi corriger une hypoglycémie
 - ▶ Eviter de consommer de l'alcool avant, pendant et après une activité physique
 - ▶ Contrôler la glycémie plus fréquemment et surtout au coucher
 - ▶ Attention aux boissons alcoolisée et sucrées qui augmentent la glycémie dans un premier temps mais n'évitent pas le risque d'hypoglycémie.



Hypoglycémies



**ATTENTION
DANGER**

- ▶ Symptômes souvent absents
 - ▶ Diminution des hormones de la contre-régulation
 - ▶ Diminution de la perception
- ▶ Toujours se poser la question si HbA1c plutôt basse
- ▶ Le patient est-il capable de se ressucrer?

- ▶ Facteurs de risques

HbA1c <6% et >9%

Durée du diabète

Insuffisance rénale

Démence

Insuline et sulfonylurée

- ▶ Conséquences: augmentation de la fragilité, augmentation du risque de chutes et d'hospitalisations

Que faire en cas d'hypoglycémie

1. Prendre tout de suite 15-20 g de sucre à absorption rapide :
 - 4 morceaux de sucre
 - Ou 5-6 sucres de raisin
 - Ou 2 cuillères à café de miel
 - Ou 1.5 dl limonade sucrée ou de jus de fruit (pas de boisson light/zéro)
2. Re-contrôler la glycémie après 15 minutes
3. Prendre une collation de 10-15g de glucides à absorption plus lente.
 - 1 fruit (pas un jus!), 1 barre de céréales, 1 petit yogourt sucré, 1 tranche de pain ou 4-5 biscuits Darvida®/Blévita®

Quel traitement?

- ▶ Diabète de type 1 → 1 traitement
- ▶ Diabète de type 2 → x traitements

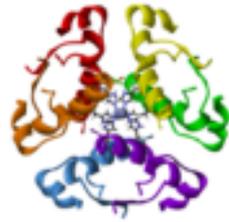
Diabète de type 1

- ▶ Insulinothérapie intensive indispensable à vie!
- ▶ Risque d'hypoglycémies
- ▶ Multiples complications
 - ▶ Gastroparésie
 - ▶ Insuffisance pancréatique exocrine
- ▶ Porteur de technologies

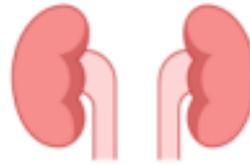
Diabète de type 2

6 questions à se poser

Insulin Deficiency?



Kidney function (e-GFR)?



Treatment or prevention of heart failure?



Haut risque CV?

Autres problématiques
spécifiques ou gériatriques?

Quels objectifs?



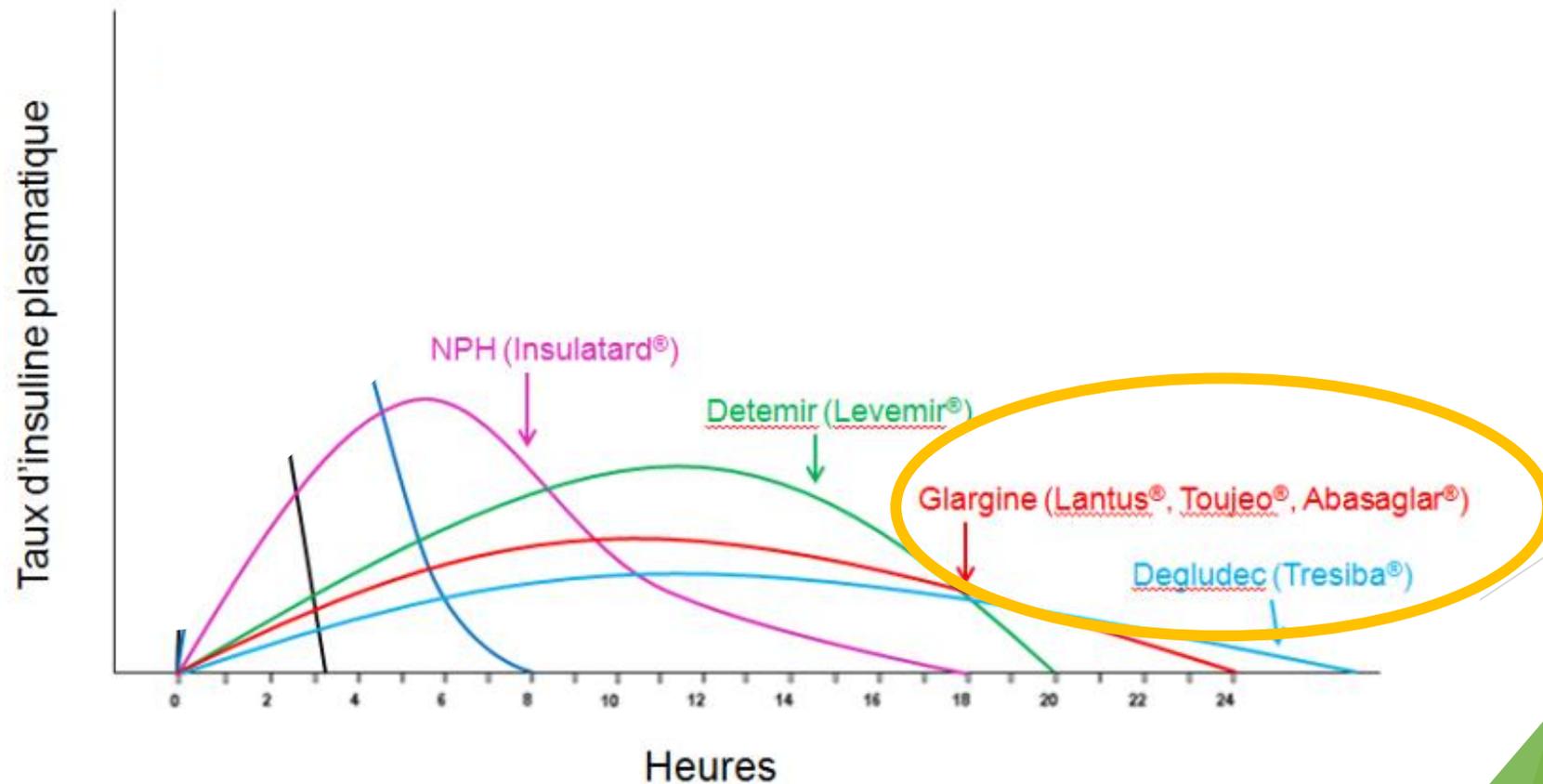
Traitements

Traitement	Insuffisance rénale	Risque d'hypoglycémie	Poids	Autres
Biguanides - metformine				Diarrhées, déficit B12, inappétence, goût métallique
Sulfonylurée		Hypo	Prise	
i-DPP-IV				
a-GLP-1			Perte	Nausées, diarrhées, constipation, anorexie
i-SGLT-2			Perte	Incontinence urinaire, infection génitale, hypotension, déshydratation
Insuline		Hypo	Prise	Techniques



Insuline - basale (lente)

- ▶ Types d'insuline selon profil pharmacocinétique
- ▶ Si possible le matin, par ex au passage du CMS
- ▶ 0.2-0.3U/kg/jour
- ▶ Titrer tous les 3-7 jours selon glycémie à jeun (cible 5-8 mmol/L)



Monsieur X, 79 ans, 45 U Lantus le matin

Matin	Midi	Soir
5.6	11	8
6.4	8.9	7.8

HbA1c 8% → augmentation de l'insuline basale mais se réveille la nuit en sueurs

Matin	2h post petit déjeuner	Midi	Soir
4	14.2	10	8
3.9	13.1	9.1	7.8

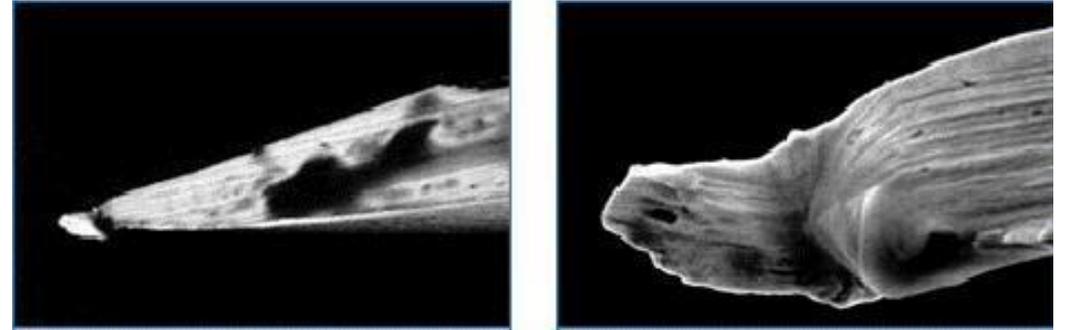
Insuline - rapide

- ▶ Bolus, *oui* mais quand?
 - ▶ Bien évaluer l'anamnèse alimentaire!
 - ▶ Pas de bolus de correction
- ▶ Insuline mixte
 - ▶ Ryzodeg (2/3 degludec +1/3 novorapide)



Insuline - la technique!

- ▶ Enlever le capuchon
- ▶ Enlever l'aiguille à la fin de chaque injection
- ▶ Changer sites d'injection



PENSEZ À LA DÉTECTION

QU'EST-CE QUE LA LIPOHYPERTROPHIE (LIPO)?

PEAU
TISSU SOUS-CUTANÉ
LIPO
MUSCLE

PEAU
TISSU SOUS-CUTANÉ
LIPO
MUSCLE

DÉTECTEZ

NODULES OÙ BOSSES OU VOUS INJECTEZ REGARDEZ ET PALPEZ OÙ VOUS INJECTEZ

Conclusions - messages pour la maison

- ▶ Important de traiter le diabète pour diminuer les « syndromes gériatriques »
- ▶ Objectifs de traitement à individualiser
 - 1) HbA1c en fonction de la fragilité du patient
 - 2) Eviter les hypoglycémies, la perte musculaire et la polypharmacie
- ▶ Alimentation: rien n'est interdit si varié et en quantité contrôlée
- ▶ OH: risque d'hypoglycémies et chutes
- ▶ Antidiabétiques oraux: éviter sulfonylurée
- ▶ Insuline: plutôt une basale, attention à la technique
 - ▶ Ne pas oublier les DM1

Merci pour votre attention!

