

Quels objectifs glycémiques chez le diabétique âgé ?

Mots

clés :

DT2,
Personne
âgée,
Glycémie,
Hémo-
globine
glyquée.

Pour répondre à cette question, nous ne disposons que des données indirectes de l'UKPDS¹, réalisée chez 4209 diabétiques anglais de type 2 âgés en moyenne de 53 ans en début d'étude, comparant traitement conventionnel et traitement intensif durant 10 ans. Le traitement intensif a permis une réduction de 25% des microangiopathies et de l'ensemble des évènements liés au diabète (-12%, p=0,029). La réduction des complications macrovasculaires et de la mortalité liée au diabète était à la limite de la significativité. La réduction du risque semblait proportionnelle à l'abaissement de l'hémoglobine glyquée (HbA1c). Fixer des objectifs glycémiques chez le diabétique âgé ne repose donc que sur une extrapolation de ces données. En l'absence d'études spécifiques, les diverses recommandations sont issues de l'avis de comités d'experts à partir de leur expérience clinique^{ln2}. L'ANAES propose des objectifs « raisonnés »³. Un récent éditorial d'un interniste gériatre² permet de faire le point.

Personne âgée : 3 catégories très différentes

Les études d'observation ont montré que le meilleur facteur pronostique n'est pas l'âge, en tous cas au-delà de 70 ans, mais bien plus la gravité de l'état pathologique éventuel, le degré d'autonomie (reflet des maladies chroniques) et l'état nutritionnel. Entre la personne âgée « **vigoureuse** » en état de bonne santé et le sujet âgé « **très malade** » souvent en fin de vie, dont la polypathologie est responsable de dénutrition et de dépendance, il y a une continuité qu'exprime la notion de « **fragilité** » : ce qui fait le pronostic est la perte progressive de possibilité d'adaptation à une situation pathologique ou un problème socio-environnemental.

Les objectifs à fixer chez la personne âgée diabétique dépendent, au moins en partie, de **ses autonomies** :

- fonctionnelle : que **peut**-il faire pour suivre son traitement, son régime, sa surveillance ? En est-il, lui ou son entourage, capable ?

- décisionnelle : que **veut**-il faire ? « *La recherche obstinée d'un bon contrôle des chiffres pour un bénéfice incertain risque de faire fuir le patient qui échappera alors à tout contrôle médical* »².

Le risque diabétique du patient âgé

Le diabète de type 2 (seul en cause ici) est grave du fait de ses complications rétinienues, rénales, des atteintes macrovasculaires associées (coronaropathies, AVC...). Mais l'espérance de vie du diabétique âgé peut être plus courte que le temps nécessaire au bénéfice d'un traite-

tement, dont il faut choisir les priorités : il faut 8 ans pour obtenir un effet du contrôle glycémique sur la rétinopathie ou la néphropathie¹, mais 2 ou 3 ans suffisent pour celui lié à la normalisation de la TA et des lipides sanguins^{4,5}. Le contrôle de la glycémie s'inscrit dans une stratégie globale : arrêt du tabac, maintien d'une activité physique adaptée et d'apports nutritionnels suffisants, contrôle de l'HTA et de l'hyperlipémie, soins appropriés des pieds et des yeux. En cas de rétinopathie, le contrôle tensionnel est au moins aussi important que le contrôle glycémique. Il peut y avoir chez la personne âgée, diabétique ou non, des situations de stress intense conduisant à une hyperglycémie insulino-requérante, en général temporaire. **Mais en général, il n'est pas nécessaire d'avoir un objectif de réduction agressive de la glycémie** pour favoriser la cicatrisation d'une plaie, ou réduire les inconforts tels que polyurie, fatigue, ou confusion.

Quels objectifs ? Les recommandations, variables selon les pays, distinguent le diabétique âgé « en bonne santé » du « fragile », avec des objectifs moins drastiques pour les seconds : glycémie à jeun respectivement voisine de 1,4 et 2 pour les français, <1,26 ou 1,8 pour les canadiens ; HbA1c voisine de 7,5% pour les français (sans proposition pour le sujet fragile), 7 et 8% pour les américains, <15% et <40% au dessus du chiffre normal haut pour les canadiens ^{ln1}.

Que peut-on conclure pour la pratique ?

- La glycémie et l'HbA1c sont des variables continues. Les chiffres proposés comme « seuils » ou « objectifs » sont des **données statistiques** dont l'extrapolation à des patients âgés doit se faire avec une extrême prudence.

- La recommandation de l'ANAES, en 1999, insistait sur les **risques iatrogènes** chez le diabétique de plus de 70 ans : **hypoglycémies induites** par un traitement trop agressif et **insuffisance rénale**, notamment en cas de polymédication. Elle proposait (accord professionnel) de ne pas modifier les objectifs chez un diabétique âgé connu et équilibré depuis plusieurs années et de moduler l'objectif « standard » d'obtention d'une HbA1c entre 6,5 et 8,5 % en fonction du contexte médical et social en cas de nouveau diabète.

En l'absence de preuves sur ces points, **fixer des objectifs glycémiques qui n'amputent pas la qualité de vie du diabétique âgé** semble au mieux respecter le « *primum non nocere* » qui devrait prévaloir ici à toute décision.

Références :

- 1 - Collectif. Abaisser la glycémie dans le diabète de type 2. Est-ce impératif? Quel bénéfice pour le patient? *Bibliomed* 1998, 121
- 2 - Constans C. Quels objectifs glycémiques chez la personne âgée ? Y a-t-il un consensus ? *Rev Med Interne* 2004 ; 25 : 853-5.
- 3 - ANAES. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion des complications. *Anaes* 1999.
- 4 - UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes : UKPDS 38. *BMJ* 1998 ; 317 : 703-13.
- 5 - Law MR et al. Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke : systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003 ; 326 : 1423-9.