

## Diabète chez le sujet âgé

**Oudrhiri Mustapha**

*Spécialiste en médecine interne et gériatrie,  
Président de AGE  
Maroc*

**Citation:** Oudrhiri Mustapha. Diabète chez le sujet âgé. Middle East Journal of Age and Ageing, Volume 15, Issue 2, June 2018.  
DOI: 10.5742/MEJAA.2018.93429

### ABSTRACT

Le diabète représente un enjeu majeur de santé publique chez les sujets âgés, où il reste un facteur de risque de morbi-mortalité et d'altération de la qualité de vie. Sa prise en charge est difficile, car elle nécessite une coopération du patient, qui n'est pas toujours possible, et en raison du risque iatrogène particulièrement important chez le sujet âgé, en particulier l'hypoglycémie.

La notion de vieillissement peut recouvrir des situations très hétérogènes, allant de l'octogénaire autonome et en bonne forme au patient totalement dépendant. Le patient « fragile », et le diabétique âgé est souvent fragile, se situe entre ces deux extrêmes, avec tous les intermédiaires possibles. L'objectif de la prise en charge diffère selon les cas. Ainsi, la prévention des complications du diabète reste l'objectif prioritaire tant que le sujet est autonome et ne présente pas de comorbidités notables, tandis que chez le patient fragile, on privilégie plutôt la prévention de l'évolution vers la dépendance. Chez le patient dépendant, les objectifs sont l'amélioration de la qualité de vie et la prise en charge symptomatique.

La prise en charge d'un diabétique âgé doit tenir compte tout à la fois d'une double évaluation diabétologique (HbA1c, ancienneté du diabète, micro et macroangiopathie) et gériatologique (espérance de vie, état nutritionnel, iatrogénie, fonction cognitive, autonomie...).

Le premier objectif nutritionnel face à un patient diabétique âgé est d'éviter l'évolution vers la dénutrition. Les restrictions et les interdits alimentaires ne sont donc pas de mise, et souvent, l'amaigrissement ne constitue plus un objectif raisonnable, en raison du risque de perte de masse maigre et d'aggravation de la sarcopénie.

Stricto sensu, tous les antidiabétiques peuvent être utilisés. Les repères proposés dans les dernières recommandations internationales restent applicables, mais le praticien doit tenir compte de certaines contraintes de prescription liées au terrain :

- Adapter la posologie de la metformine à la fonction rénale,
- Parmi les sulfamides hypoglycémisants, privilégier le gliclazide et le glimépiride par rapport aux autres molécules potentiellement hypoglycémisantes. S'agissant du répaglinide, il n'a pas l'AMM au-delà de 75 ans, mais il n'en est pas contre-indiqué pour autant,
- Les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP4) (saxa, sita et vildagliptine) sont potentiellement intéressants chez le diabétique âgé, mais on manque de recul à leur égard,
- Les inhibiteurs de l'alphaglucosidase (acarbose et miglitol) constituent plutôt des traitements d'entrée chez le diabétique âgé, en l'absence de troubles digestifs préexistants,
- Enfin, l'insulinothérapie est volontiers utilisée, soit en raison de l'évolution du diabète, soit du fait de la survenue d'un événement intercurrent ou d'interactions médicamenteuses impliquant les antidiabétiques oraux.