

Regards croisés entre diabétologue et gériatre

La gestion du diabète type 2 chez la personne âgée

Le diabète chez la personne âgée est caractérisé par la complexité de la maladie, par la co-existence d'autres morbidités, par une fragilité accrue et un risque de déclin fonctionnel accéléré (1). Quand ces constatations sont couplées au retard avec lequel le diagnostic est posé, aux hospitalisations plus fréquentes, à la polypharmacie, aux syndromes gériatriques sous-diagnostiqués, aux changements de traitements, à la rupture dans la continuité des soins, il devient impératif de créer des modèles de collaboration franchissant les barrières de l'hôpital, capables d'appréhender toutes ces dimensions.

Cet article, par le biais d'une vignette, essayera de montrer les difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'une personne âgée fragile, pour un problème médical relevant du spécialiste, dans ce cas le diabète.

Vignette

Madame B. est une patiente de 92 ans qui arrive en réadaptation gériatrique après un séjour de 10 jours à l'hôpital aigu en raison d'une pneumonie. Madame présente comme co-morbidité principale un diabète de type 2 insulino-traité par une insuline intermédiaire (NPH) à raison de 20 UI/j à 21h et il est dit qu'elle souffre également de troubles de la marche et de l'équilibre. Au bilan gériatrique d'entrée, le CAM (confusion assessment method) (tab. 1) est négatif, le MMS (mini-mental state) est à 21/30, le test de l'horloge à 2/10, le mini-GDS (geriatric depression scale) à 2/4 (tab. 2) (3), le degré de dénutrition est considéré comme sévère en raison de la perte de 10% du poids pendant l'hospitalisation. Madame nécessite de l'aide pour les transferts, marche 50 m accompagnée avec un déambulateur, le tinetti est à 16/28. Le dosage de l'HbA1c est à 7.3%.

Pendant les trois premiers jours du séjour de réadaptation, les profils glycémiques montrent la présence d'hypoglycémies matinales. La Diabétologue préconise un changement d'horaire pour l'administration de l'NPH (de 21h à 8h00) ou un passage à une insuline de très longue durée d'action, ce qu'elle discute avec la patiente et l'équipe. Il est décidé d'opter pour la première proposition, c'est à dire l'NPH au matin. Le soir de la même journée, madame développe une très grande anxiété du fait de ne pas recevoir l'insuline à l'heure habituelle, elle a en fait déjà oublié avoir vu la spécialiste en début d'après-midi. Le lendemain matin, Madame B. devient très méfiante envers l'équipe et présente des idées de persécution, le CAM devient presque positif (2 items/4), ce qui fait craindre la survenue d'un état confusionnel aigu.

Au vu de ces événements, l'insuline habituelle de la patiente est à nouveau prescrite le soir et madame reprend la gestion autonome. Les symptômes confusionnels disparaissent aussitôt, aucune autre cause n'est identifiée pour expliquer l'état confusion-

nel. En raison de ces événements, la discussion avec la spécialiste est reprise.

Appréciation de la situation par la Diabétologue

De grandes avancées scientifiques ont marqué la thérapeutique du diabète de type 2 ces dernières années. Tout particulièrement, l'arrivée des nouvelles insulines de longue durée d'action a facilité la gestion quotidienne de la maladie, améliorant le profil glycémique et diminuant le risque d'hypoglycémie. En parallèle, les objectifs thérapeutiques pour le suivi du patient diabétique ont été revus.

Il est connu que chez le patient diabétique, d'autant plus si âgé, l'hypoglycémie est un facteur de mortalité reconnu. Il va de soi que l'HbA1c de 7.3% chez Madame B., à première vue plutôt réjouissante, mérite une attention particulière. Les nouvelles recommandations ADA 2015 mettent l'accent sur une approche « less stringent » de la glycémie quand les risques associés d'hypoglycémie sont élevés, l'âge du patient avancé, les comorbidités importantes et l'espérance de vie limitée (4).

Hors, la situation de Madame B. peut être analysée sous plusieurs points de vue: le traitement insulinaire le plus adéquat à la situation; le maintien de l'autonomie de la patiente; un encadrement sécuritaire pour la gestion du traitement.

Le traitement insulinaire chez une personne âgée souffrant de plusieurs pathologies et syndromes gériatriques, dont un état de dénutrition, est sans autre un choix pertinent et indiscutable. Le profil glycémique présenté par Madame B. montre quelques hypoglycémies au réveil et des excursions postprandiales atteignant 11 mmol/l. Dans un monde idéal, nous souhaiterions proposer à la patiente un changement d'insuline lui permettant une couverture de 24h, limitant la tendance à l'hypoglycémie au réveil mais couvrant suffisamment la journée pour ne pas dépasser l'objectif gly-



Dr Daniela Sofrà
Lausanne

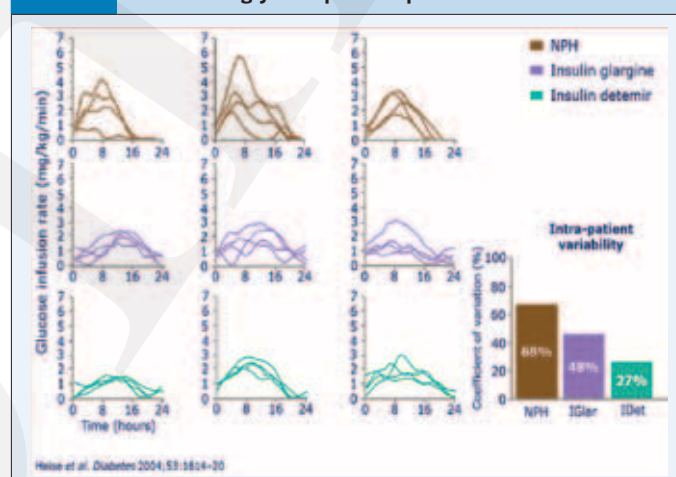


Dr Wanda Bosshard
Lausanne

TAB. 1	Confusion Assessment Method (CAM, modifié d'après (2))
Début soudain: 1. Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient ou de son état habituel ?	
Inattention : 2. A. Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit? • Pas présent à aucun moment lors de l'entrevue. • Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère. • Présent à un moment donné lors de l'entrevue, de façon marquée. • Incertain B. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter et diminuer en intensité? • Oui. • Non. • Incertain. • Ne s'applique pas. C. (Si présent ou anormal) Prière de décrire ce comportement	
Désorganisation de la pensée 3. Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à un autre de façon imprévisible ?	
Altération de l'état de conscience 4. En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient? • Alerté (normal). • Vigilant (hyperalerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement). • Léthargique (somnolent, se réveille facilement). • Stupeur (difficile à réveiller). • Coma (impossible à réveiller). • Incertain Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1, 2 et 3 ou 4	

TAB. 2 Mini-GDS, modifié d'après (3)		
Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent		
1. Vous sentez vous découragé(e) et triste ?	Oui	Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui	Non
3. Etes-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est dés-espérée ?	Oui	Non
Cotation: Question 1 oui:1, non:0 Question 2 oui:1, non:0 Question 3 oui:0, non:1 Question 4 oui:1, non:0 Score supérieur ou égal à 1: forte probabilité de dépression. Score égal à 0: forte probabilité d'absence de dépression.		

FIG. 1 Variabilité glycémique interpatient



cémique de 10 mmol/l en postprandial. Il est de plus à savoir que l'NPH présente un profil d'efficacité extrêmement variable, rendant difficile l'anticipation des éventuelles fluctuations glycémiques (fig. 1). Néanmoins, ce changement éventuel d'insuline implique pour Madame B. un nouvel apprentissage pour la gestion d'un nouveau stylo à insuline. Ce changement, même infime, peut chez une personne âgée et fragile représenter une barrière.

Ne serait-il pas alors préférable d'adapter le dosage de l'insuline déjà utilisée par Madame B. afin de réduire les hypoglycémies sans changer ses habitudes? C'est là que la collaboration entre tous les intervenants et l'entourage de la patiente devient l'élément incontournable. Nous ne pouvons jamais faire l'économie de la communication entre partenaires de soins et encore moins quand il s'agit d'un patient fragile et polymédiqué.

Ce dernier choix, bien pondéré et encadré, permettrait alors de limiter les risques liés au traitement tout en gardant une part d'autonomie pour Madame B..

La planification de la réévaluation de la situation à domicile nous dira si, dans un deuxième temps, un changement vers une insuline analogue de longue durée d'action, gérée avec l'aide d'une infirmière à domicile (CMS), peut se révéler nécessaire pour la bonne gestion de cette patiente.

Appréciation de la situation par la Gériatre

La gestion des problèmes médicaux chez la personne âgée fragile doit tenir compte des résultats de l'évaluation gériatrique globale à l'hôpital et à domicile (effectuée par les équipes des soins à domicile et le médecin traitant), de façon à diminuer le plus possible l'impact négatif dû à la fragmentation des soins. La synthèse de ces évaluations va permettre de poser les priorités diagnostiques et thérapeutiques, avec l'accord du patient et/ou de son représentant thérapeutique.

Dans le cas particulier, l'évaluation globale à l'hôpital a mis en exergue la présence de troubles cognitifs et d'apprentissage ainsi qu'un état dépressif réactionnel à l'hospitalisation. L'infirmière référente du centre médico-social relève un fonctionnement très routinier quant à la gestion des activités de la vie quotidienne et du diabète, rendant difficile l'adhésion de la patiente à des propositions d'augmentation ou de changement de l'aide par les professionnels.

La proposition de la Diabétologue de garder l'insuline intermédiaire au même horaire en baissant la posologie semble être la plus raisonnable au médecin traitant et aux infirmières à domicile, la sauvegarde de l'autonomie étant prioritaire dans les objectifs de soins visés par les soignants du centre médico-social. La patiente accepte ce changement après plusieurs explications et beaucoup

Messages à retenir

- ◆ Le choix du traitement du diabète chez la personne âgée va au-delà des guidelines et ne peut être décidé à l'hôpital sans tenir compte de ce qui se passe autour du patient
- ◆ La plupart des hospitalisations d'urgence pour des événements indésirables chez les personnes âgées sont liées à l'utilisation des anti-coagulants et des hypoglycémifiants, y compris l'insuline qui occupe la 2^{ème} place (5)
- ◆ L'amélioration de la gestion de ces médicaments a le potentiel de réduire le risque d'hospitalisation. Néanmoins, cela n'est possible que dans une culture de réseau
- ◆ Le choix des traitements doit intégrer: la gravité de la maladie, les comorbidités, l'instabilité métabolique, l'évaluation gériatrique globale dans sa totalité, la prise en charge que les soins à domicile peuvent offrir au patient.
- ◆ L'évaluation du niveau d'information que les infirmières à domicile et le médecin traitant possèdent face à un nouveau traitement, doit être vérifiée et le choix médicamenteux doit être discuté avec ces professionnels.
- ◆ Le rôle de la discussion entre le spécialiste en diabétologie et en gériatrie est celui de pouvoir conseiller, au mieux et ensemble, les professionnels de première ligne, en restant à disposition lors des réévaluations qui devront être d'emblée prévues
- ◆ Plus le patient âgé est multi-morbide, plus il est difficile de choisir entre les options thérapeutiques, si la réflexion n'est pas appuyée par une évaluation gériatrique globale conduite et partagée par tous les professionnels concernés
- ◆ Le patient et son entourage doivent également être partie prenante dans les décisions thérapeutiques

de soutien de la part de l'équipe de réadaptation gériatrique pour ancrer la nouvelle habitude.

Nous avons contacté l'infirmière référente deux semaines après le retour de Madame B. à la maison qui nous a confirmé l'absence de nouveaux épisodes hypoglycémiques et une bonne gestion de la nouvelle posologie de la part de notre patiente.

Dr Daniela Sofrà^{1,2}

Dr Wanda Bosshard Taroni^{1,3}

¹ Hôpital de Lavaux

Ch. des Colombaires 31, 1096 Cully

² Cabinet médical à Lausanne

³ Service de Gériatrie et réadaptation gériatrique

Centre hospitalier universitaire vaudois

Mont-Paisible 16, 1011 Lausanne

wanda.bosshard@hopitaldelavaux.ch

✚ Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Références:

1. International Diabetes Federation Global Guideline for Managing older people with type Diabetes, 2012
2. Laplante J et al. Confusion assessment Method, Validation d'une version française. *Perspect Infirm.* 2005;3(1):12-4, 16-8, 20-2
3. Clément JP et al. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. *L'Encéphale* 1997;23:91-9
4. American Diabetes Association, Standards of medical care in diabetes-2015. *Diabetes Care* 2015;38, Suppl 1
5. Budnitz DS et al. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med* 2011;365:2002-12



La revue pour la formation continue en médecine générale avec l'accent sur la gériatrie

pour le médecin généraliste, l'interniste et le gériatre:

- ▶ « gazette médicale » tentera de poursuivre notre objectif d'offrir de l'information qui remplisse à la fois les critères de haute qualité scientifique et d'intérêt en pratique médicale quotidienne. (les éditeurs)
- ▶ « gazette médicale » fournit des informations pertinentes pour le praticien – c'est notre souhait qu'un journal continue à être publié en gériatrie en Romandie. (les éditeurs)

☐ « la gazette médicale – info@gériatrie »

Je ne veux manquer aucun numéro de la revue « gazette médicale – info@gériatrie » et souhaite ainsi m'abonner.

L'abonnement annuel inclut 6 numéros au prix de CHF 80.–

Nom, prénom : _____

Spécialité : _____

No, rue : _____

CP, ville : _____

E-Mail : _____

Date, Signature : _____