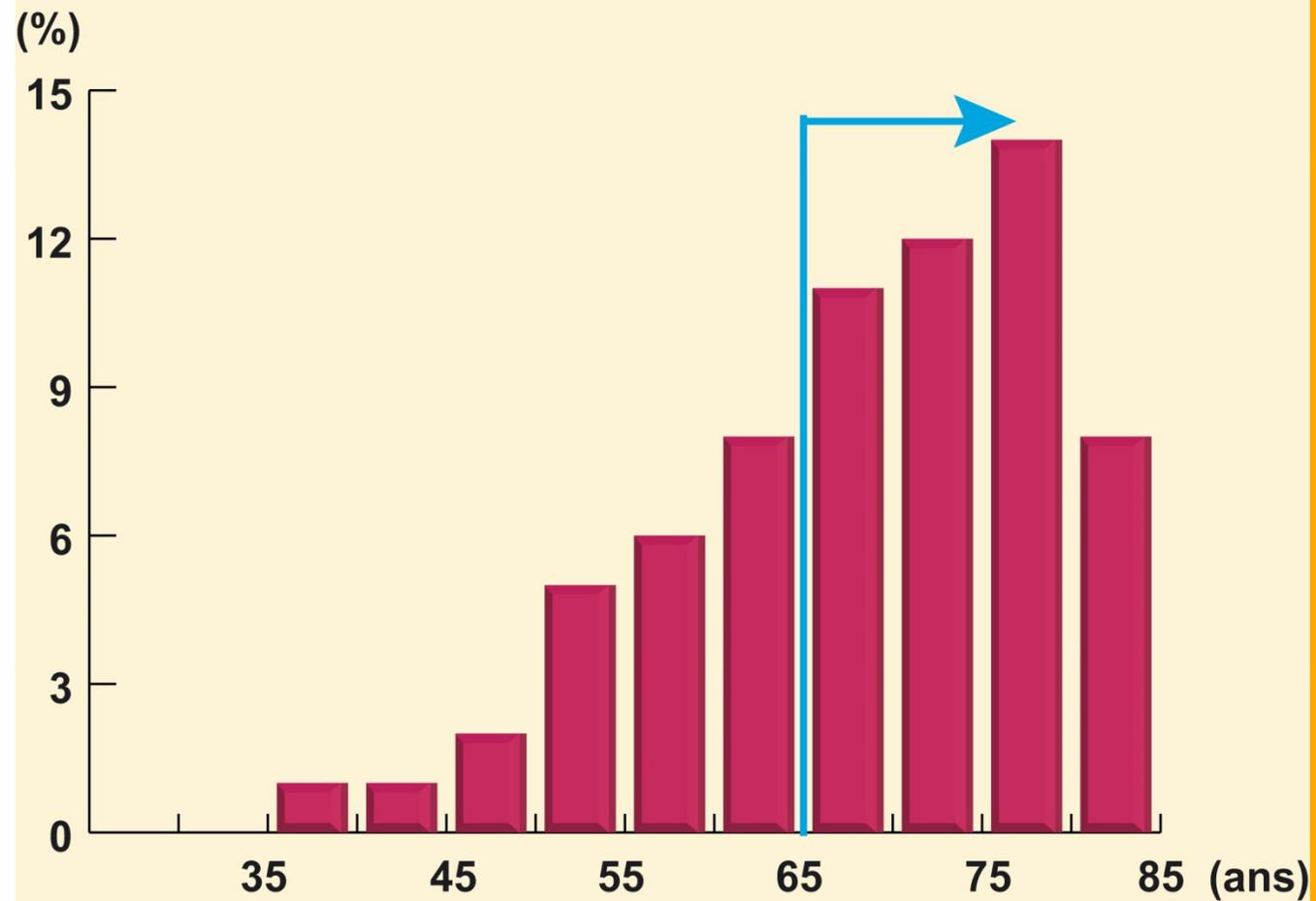


CAS PARTICULIER : SUJET AGE

Répartition du diabète de type 2 selon l'âge



50 % des diabétiques ont plus de 65 ans

22 % des diabétiques ont plus de 75 ans

Individualiser la stratégie thérapeutique

Le sujet âgé



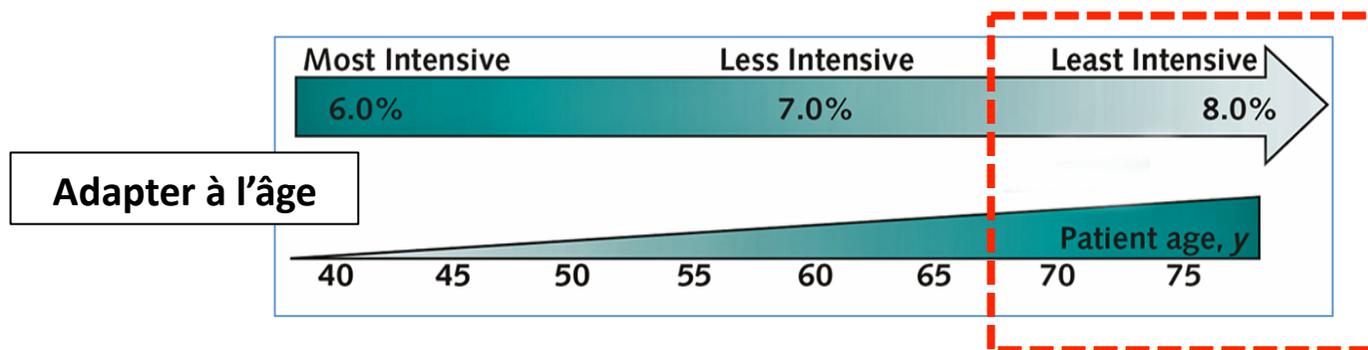
Position Statement

EASD

ADA/EASD Position Statement

Diabetes Care, 2012, 35: 1364-1379

❖ Choisir des valeurs-cible qui privilégient la sécurité:
généralement HbA1c entre 7 et 8%



❖ Une priorité: éviter l'hypoglycémie



Vigoureux



7%



Fragile



8 %



Malade - grabataire



**9 %
1,2 a 2,5g**

Recommandations HAS 2013

le sujet âgé



Patients de plus de 75 ans

Recommandation 27

Si la situation le permet (pour les personnes dont la fonction rénale n'est pas altérée et pour lesquelles la sécurité de la prise médicamenteuse est assurée) : la metformine et/ou un sulfamide hypoglycémiant peuvent être utilisés avec précaution.

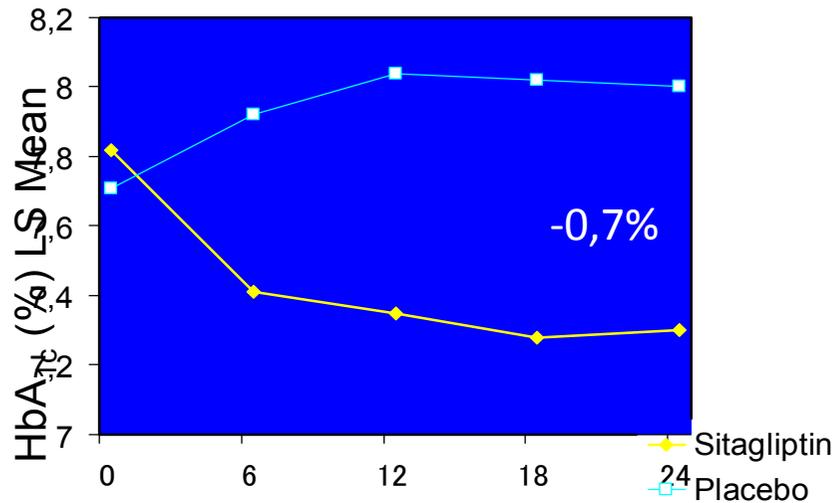
Dans cette population, lorsque les sulfamides hypoglycémiants ne peuvent être utilisés, les inhibiteurs de la DPP-4 peuvent être une alternative aux sulfamides, en bithérapie avec la metformine.

Recommandation 31

L'utilisation des analogues du GLP-1 n'est actuellement pas recommandée chez les personnes âgées du fait d'une expérience clinique limitée.

Bonne efficacité hypoglycémiante des DPP4-inhibiteurs chez le sujet âgé

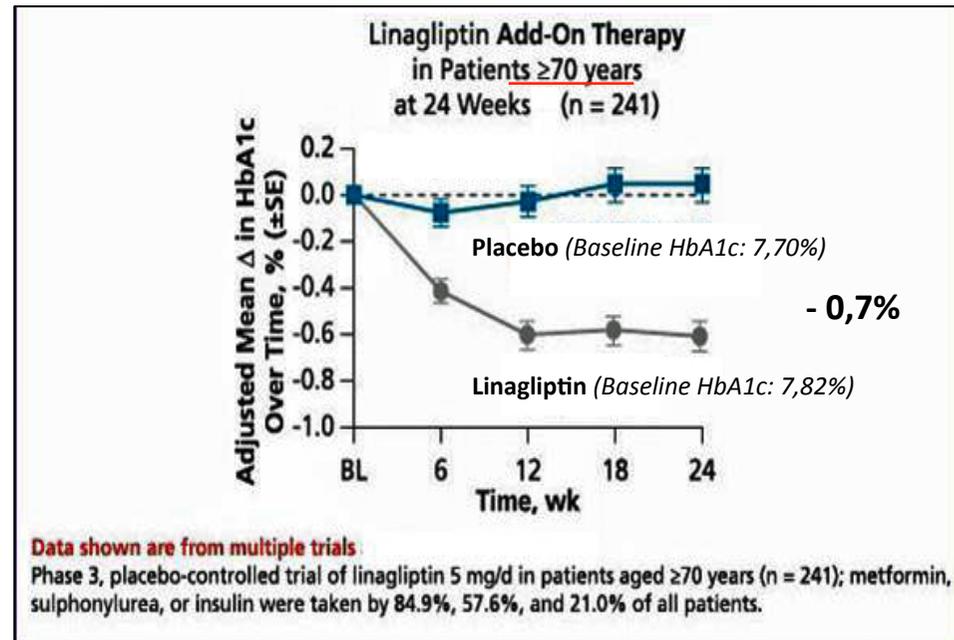
Une étude randomisée



Différence ajustée (effet placebo déduit) par rapport à l'inclusion -0,7% (-0,9;-0,5) $p < 0,001$

Barzilai, CMRO 2011 vol27, N°5; 1049-1058

Analyse poolée de différentes études



H.J. Woerle¹ Diabetologia (2012) 55:[Suppl1]S1–S538

Recommandation 15 HAS 2013 :En cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine et aux sulfamides hypoglycémiants, d'autres alternatives sont possibles :

Le profil de patients qui pourraient bénéficier des inhibiteurs de la DPP-4 est proche de ceux pouvant bénéficier des inhibiteurs des alphaglycosidases. Cependant il n'y a pas suffisamment de recul sur leurs effets à long terme. Par ailleurs, ces molécules ne sont pas remboursées en monothérapie. Pour ces raisons, les inhibiteurs de la DPP-4 ne peuvent être utilisés en monothérapie que lorsqu'aucun autre traitement oral ne peut être proposé, après avis d'un diabétologue ; le patient doit être informé de l'absence de remboursement.

SUJET AGE

METFORMINE

Possible si clearance
> 30 ml/min

DPP4

Conseillé +

SULFAMIDES

½ vie courte

GLP1

Non recommandé

INSULINE

Risque iatrogène réduit

**CAS PARTICULIER :
INSUFFISANT RENAL**

METFORMINE

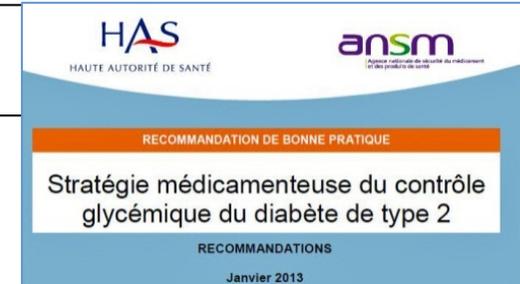
chez l'INSUFFISANT RENAL

Tolérée si clear entre 30 et 60 ml/min

Dose Max = 1500 mg/j

Individualiser la stratégie thérapeutique

Le sujet insuffisant rénal



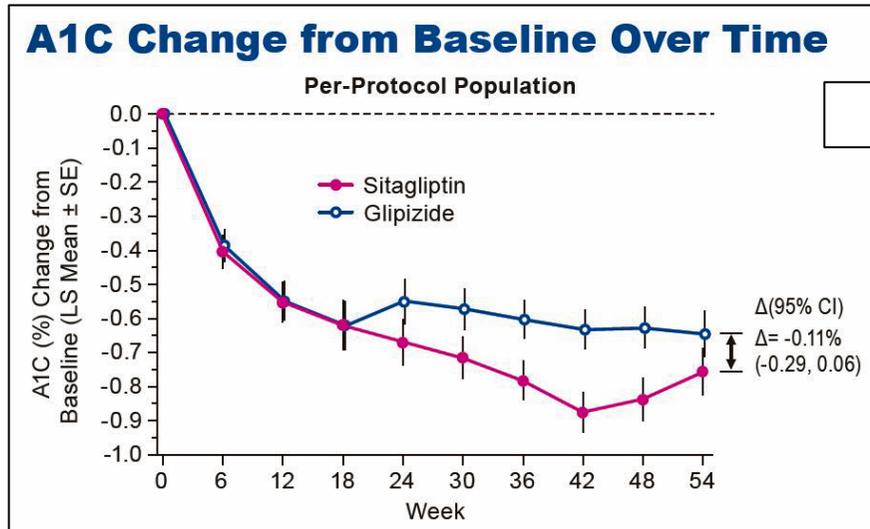
Recommandation 34

AE Au stade de l'insuffisance rénale chronique modérée (clairance de la créatinine entre 30 et 60 ml/min/1,73m² ; stades 3A et 3B), les molécules à élimination rénale doivent être utilisées avec précaution car il existe un risque accru d'effets secondaires dont les hypoglycémies pour certaines classes thérapeutiques. Les traitements doivent être adaptés aux précautions d'emploi spécifiques à l'insuffisance rénale : la posologie sera adaptée, en particulier pour la metformine (cf. annexe 2), et une attention particulière sera portée aux interactions médicamenteuses.

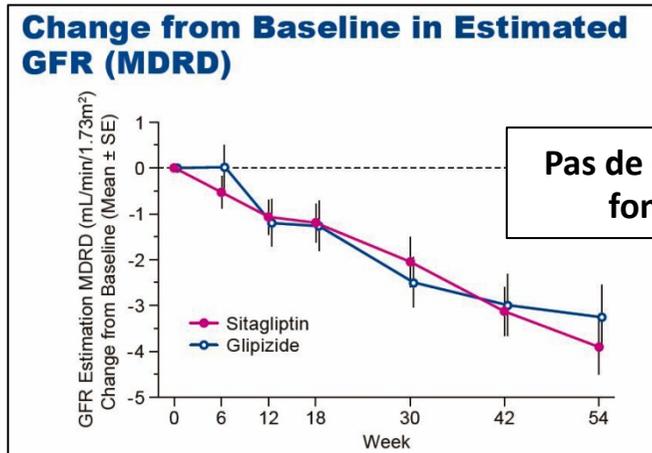
Recommandation 35

AE Au stade de l'insuffisance rénale chronique sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min/1,73 m² ; stades 4 et 5), les seules classes thérapeutiques autorisées (AMM) sont l'insuline, le répaglinide, les inhibiteurs des alphaglucosidases jusqu'à 25 ml/min et les inhibiteurs de la DPP-4 à posologie adaptée¹⁰.

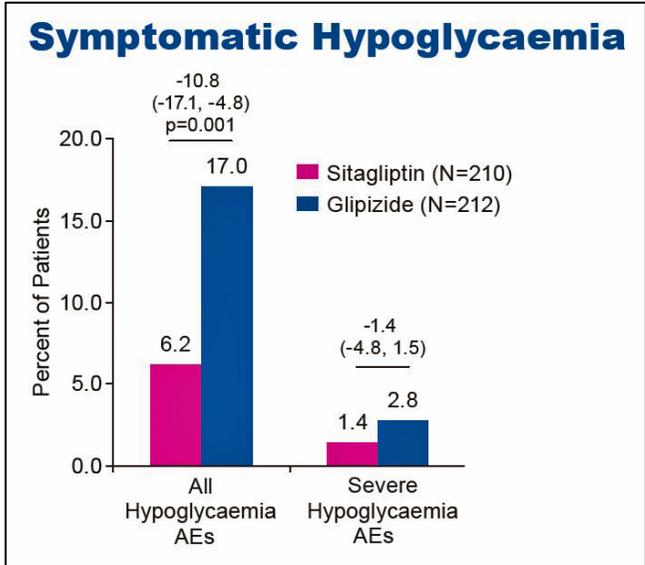
Même efficacité des DPP4-inhibiteurs (*sitagliptine*) et des Sulfamides, mais avec un moindre risque hypoglycémique, chez les insuffisants rénaux



Même réduction de HbA1c



Pas de différence sur la fonction rénale



Moins d'hypoglycémies sous sitagliptine

JC Arjona Ferreira: 2012 Diabetes Care (in press)

INSUFFISANT RENAL < 30 ml/min



NOVONORM



INHIBITEURS DPP4



INSULINE