



## *Diabète du sujet âgé : état des lieux thérapeutiques*

Dr Fritz-Line VELAYOUDOM, MCU-PH, HDR  
Service d'Endocrinologie-Diabétologie  
CHU de Guadeloupe



***AUCUN CONFLIT ET LIEN  
D'INTERETS***



# ***SOMMAIRE***

**I. EPIDEMIOLOGIE : diabète chez le sujet âgé**

**II. PHYSIOPATHOLOGIE chez le sujet âgé**

**III.OBJECTIFS DE PRISE EN SOINS**

**IV.PLACE DES THERAPEUTIQUES RECENTES**

# I. EPIDEMIOLOGIE : diabète chez le sujet âgé

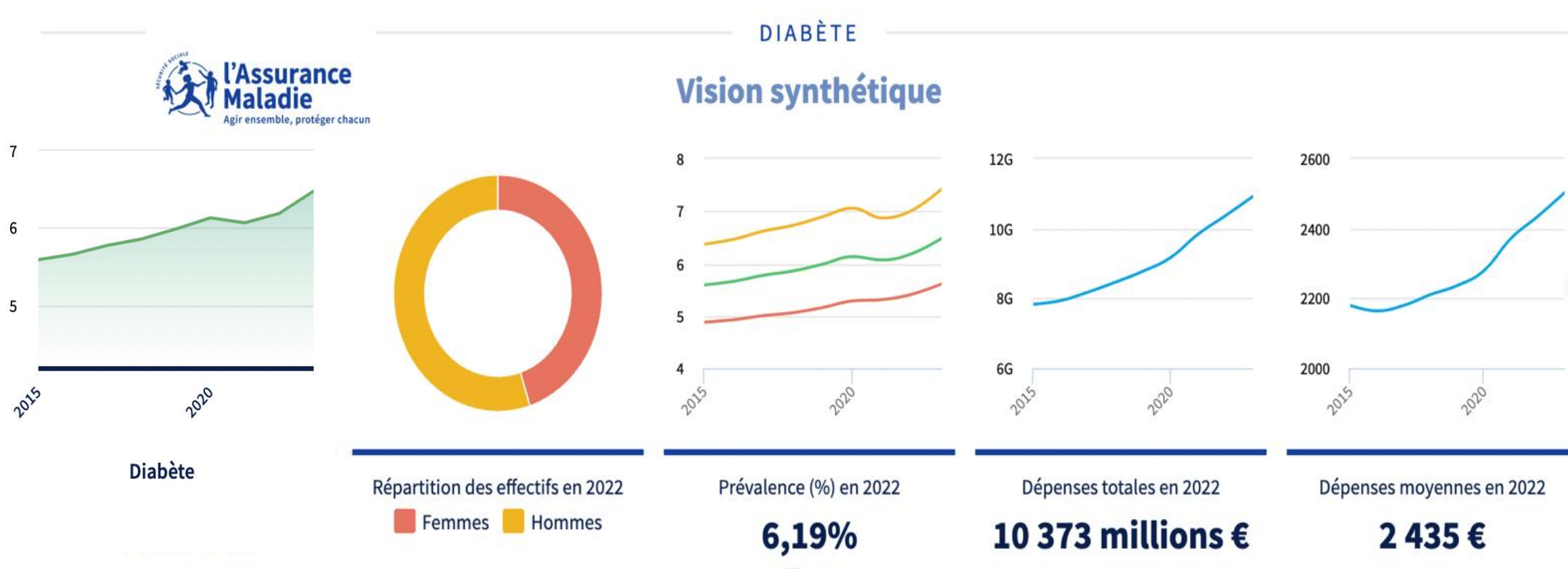
Enjeu majeur de santé publique : forte prévalence, complications et fragilité liée à l'âge

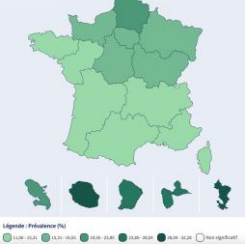
**À l'échelle mondiale:** prévalence du diabète chez les personnes âgées en 2021

- de 20 à 79 ans : 10,5 %

- de **75 à 79 ans : 24,0 %**

**En France:** 1 H/5 (20%) âgé de 70 à 85 ans et 1F/7 (14%) de 75 à 85 ans traités pour diabète





# Taux de prévalence du diabète selon sexe et âge

(santé publique France , 2021)

	Guadeloupe N=1 511	Martinique N=1 526	Guyane N=1 478	La Réunion N=2 004
	% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]	% [IC 95%]
Classe d'âge				
18-49 ans	2,2 [1,2-3,7]	2,4 [1,2-4,3]	4,5 [3,0-6,6]	5,1 [3,5-7,1]
50-59 ans	13,8 [9,2-19,5]	9,9 [6,9-13,8]	18,5 [11,4-27,6]	16,4 [12,4-21,1]
60-69 ans	17,9 [13,0-23,8]	20,2 [14,7-26,7]	27,2 [16,7-39,9]	26,3 [20,4-32,9]
70-85 ans	30,0 [22,4-38,5]	25,2 [18,4-33,1]	49,6 [31,7-67,7]	35,4 [26,7-44,9]



AGE années	GUADELOUPE	MARTINIQUE	GUYANE	REUNION	IDF
75-79	34,7	30,62	34	36	21
80-84	35,8	32,7	31,7	38	21,4
85-90	35,7	31,6	28,5	36,2	19,32

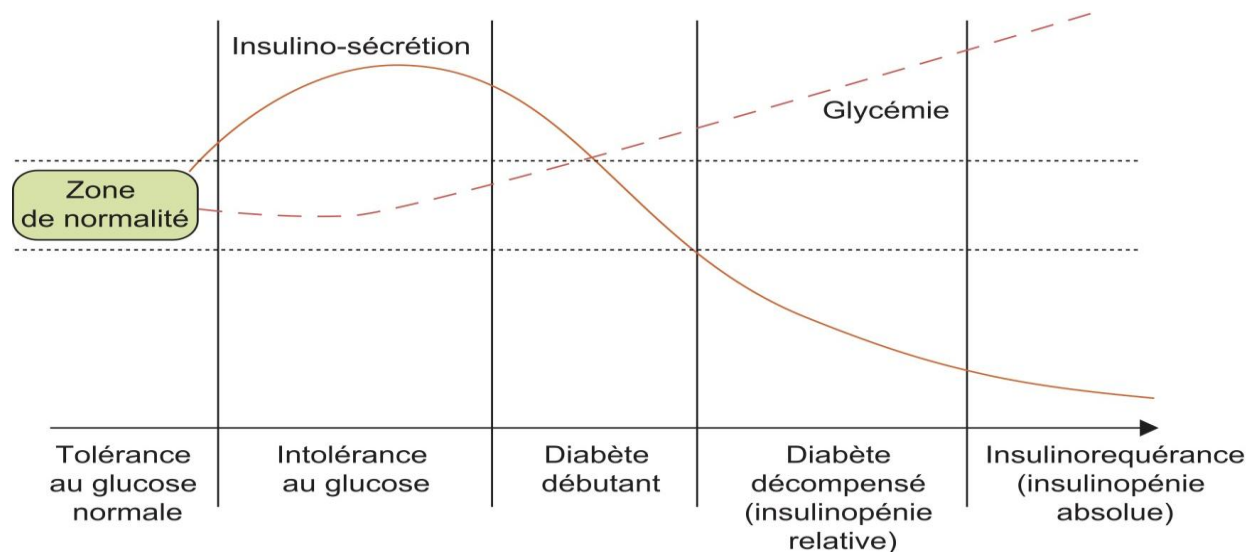
## II. PHYSIOPATHOLOGIE

➤ **Accentuation de la résistance à l'insuline en lien avec**

- Dysfonction mitochondriale,
- Augmentation du stress oxydatif et de l'inflammation,
- Sarcopénie: diminution de la capture du glucose

= Changements hormonaux

➤ **Diminution de l'insulinosécrétion.**



### III. OBJECTIFS ET PRINCIPES DE PRISE EN SOINS

- Adaptée en respectant l'hétérogénéité de cette population (comorbidités, risque d'hypoglycémies, dénutrition, troubles cognitifs)
- Individualisée selon la fragilité et la qualité de vie
- Fonction de
  - 1) durée du diabète
  - 2) comorbidités présentes (cardiovasculaires, rénales..)
  - 3) fonction rénale
  - 4) état nutritionnel,
  - 5) état fonctionnel et cognitif
  - 6) espérance de vie du patient
  - 7) environnement

**Nutritionnel:** 30kcal/Kg/J en 3 repas, 50% glucides, protéine 1g/Kg/J, calcium 1200mg, Ca 800U, lipide 30%

**Activité physique :** endurance, contre résistance, équilibre

**Risques?**

- Hypoglycémies (sévères) ?
- Risque de dénutrition, sarcopénie ou déshydratation, surtout chez les plus fragiles.

### III. OBJECTIFS ET PRINCIPES DE PRISE EN SOINS

#### EVALUATION METABOLIQUE

- HbA<sub>1c</sub>
- variabilité glycémique
- mesure continue de la glycémie
- pression artérielle
- profil lipidique,
- fonction rénale,
- statut pondéral et évolution du poids

#### EVALUATION GERIATRIQUE

- troubles cognitifs chroniques / dépression
- sarcopénie / dénutrition protéino-énergétique
- chutes répétées
- qualité de vie
- Isolement social? ETP

Personnes âgées  
de plus de 75 ans<sup>3</sup>

Dites « en bonne santé », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante

≤ 7 %<sup>4</sup>

Glycémie g/L  
1,54 (1,23-1,85)

Dites « fragiles » à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée »

≤ 8 %<sup>5</sup>

1,83 (1,47-2,17)

> 7% si SU, glinides, insuline

Dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social

≤ 9 %

2,12 (1,70-2,49)

#### Cibles si dispositif de mesure continu du glucose

	Temps passé dans la cible (TIR)		Temps passé en dessous de la cible (TBR)		Temps passé au-dessus de la cible (TAR)	
	0,70-1,80 g/L	< 0,70 g/L	< 0,54 g/L	> 1,80 g/L	> 2,50 g/L	
Personne âgée et/ou à haut risque d'hypoglycémie sévère	> 50 %	< 1 % (c)	0 %	< 50 %	< 10 %	

## **La cohorte GERODIAB : synthèse des résultats à 5 ans**

**étude française pour évaluer l'influence de l'équilibre glycémique sur la morbi-mortalité à 5 ans des diabétiques de type 2 âgés de 70 ans et plus..**

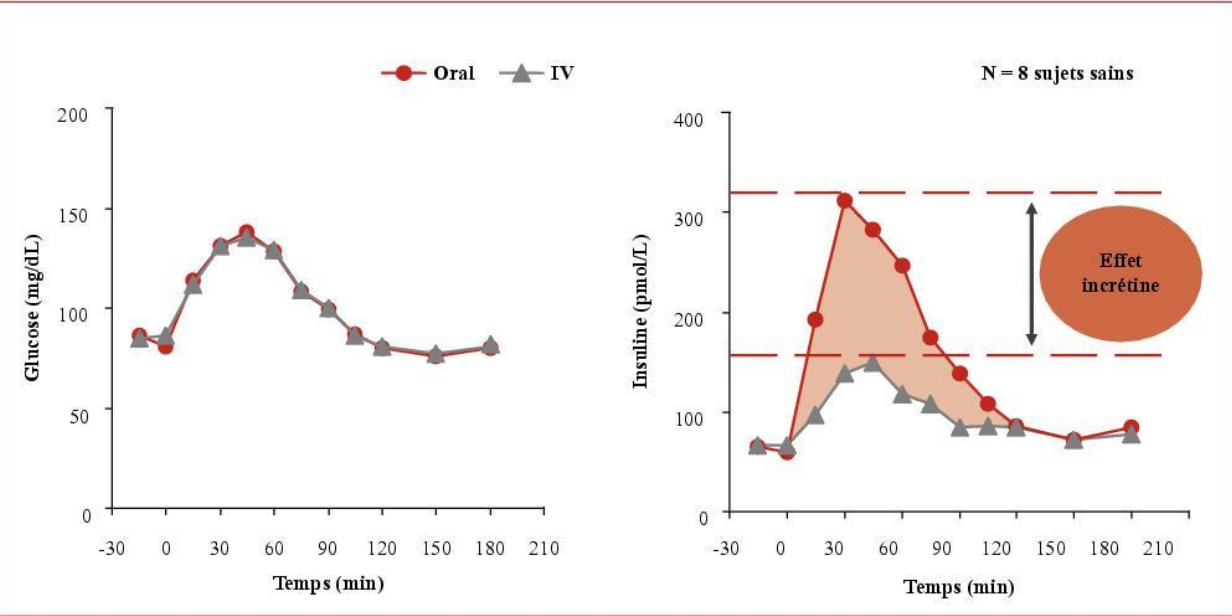
Inertie des pratiques en regard des recommandations

- persistance de la prescription de médicaments insulinosécréteurs lors de l'institution d'une insulinothérapie malgré le risque hypoglycémique.
- Sans oublier que les patients insulino-traités à l'inclusion avaient déjà plus de complications diabétologiques et d'altérations gériatriques
- Pas d'études prospectives spécifiques évaluant les classes médicamenteuses récentes dont l'impact est aussi cardiovasculaire.

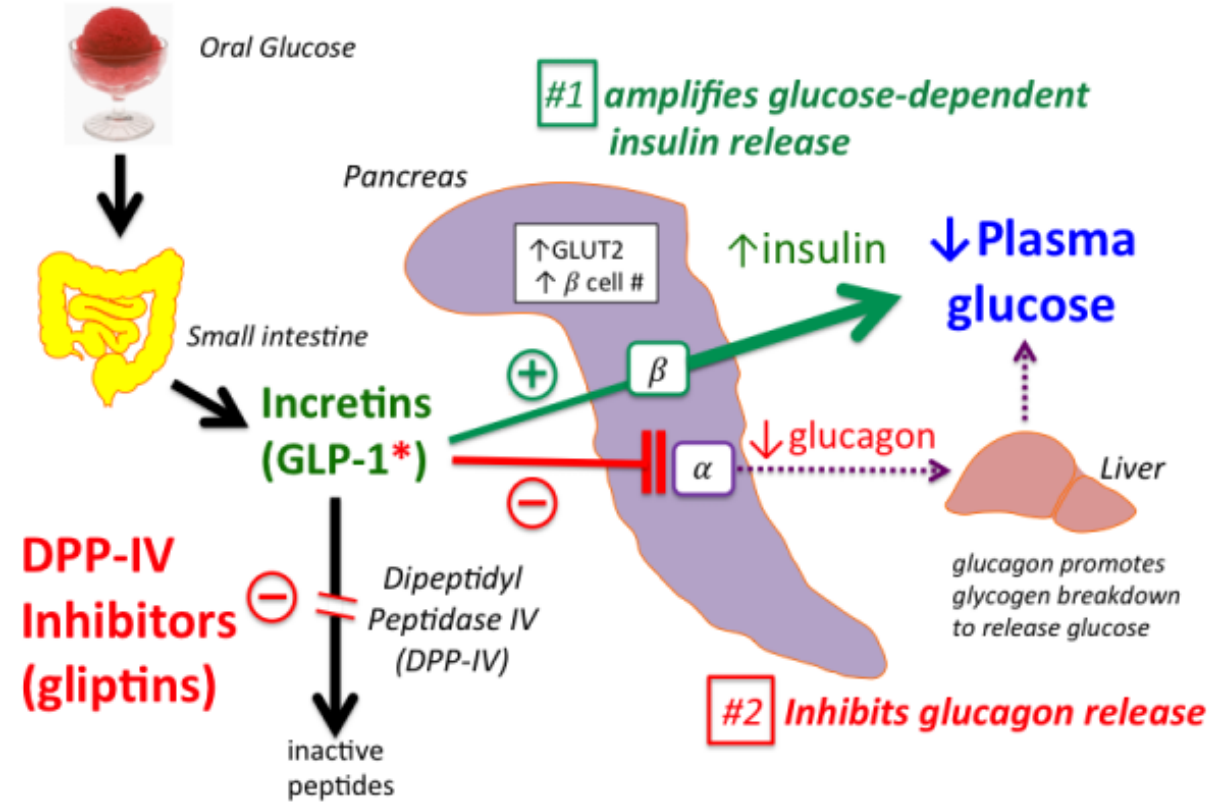
# IV. ETAT DES LIEUX THERAPEUTIQUES

## Inhibiteurs de DPP4 et analogues du GLP1

### Effet incrétine



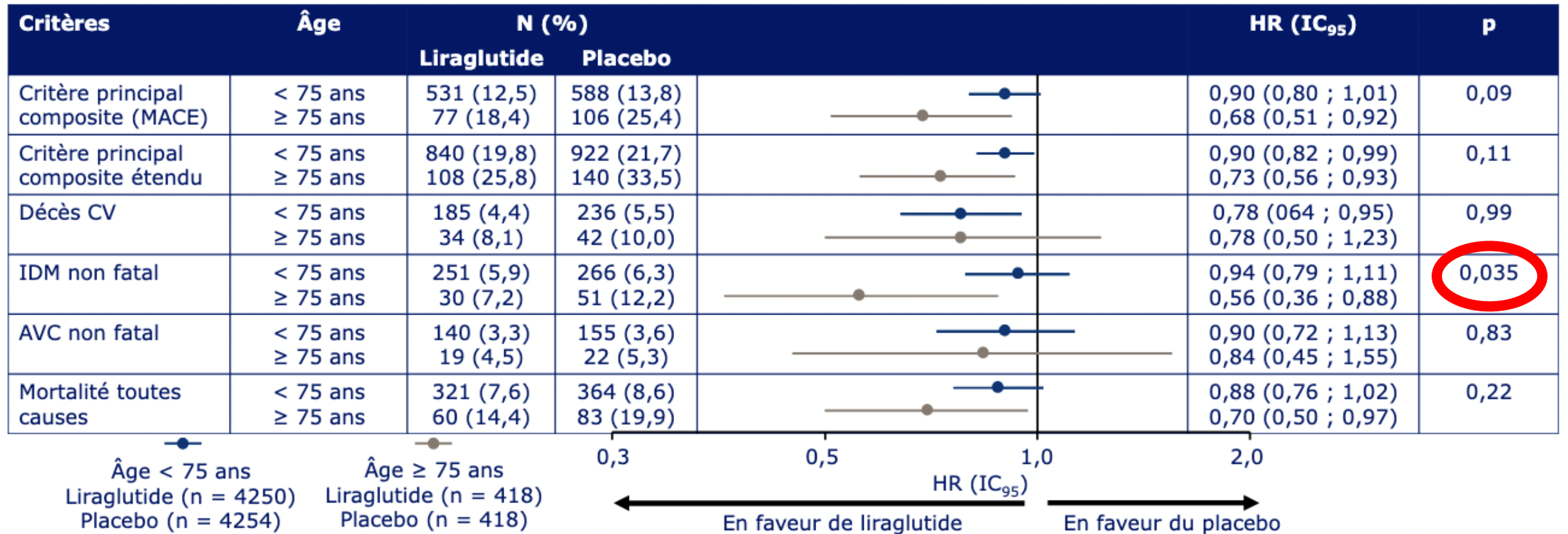
Perley et Kipnis, 1967



\* Physiological  $t_{1/2}$  = 2 mins due to rapid inactivation by DPP-IV

Sitagliptine, vildagliptine, saxagliptine: Insulinosécrétagogues dépendant de la glycémie: - 0,5%  
 GLP1 (liraglutide, semaglutide, dulaglutide): inhibe le glucagon, vidange gastrique ralentie, réduction prise alimentaire : - 0,9 à 1% mais limite d'âge: 75 ans

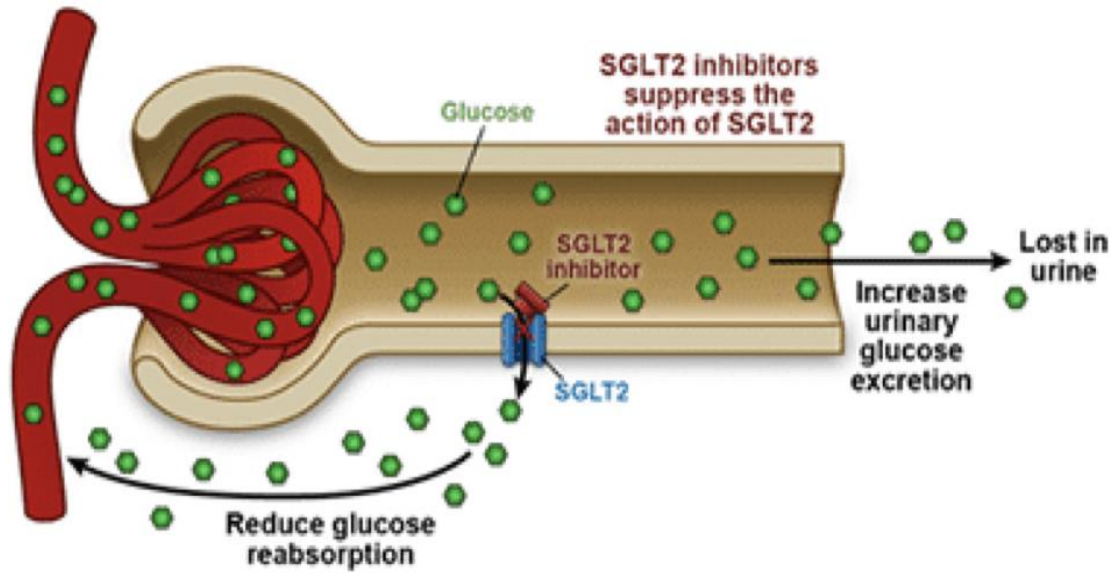
# Critère principal et principaux critères secondaires avec stratification selon l'âge à l'inclusion



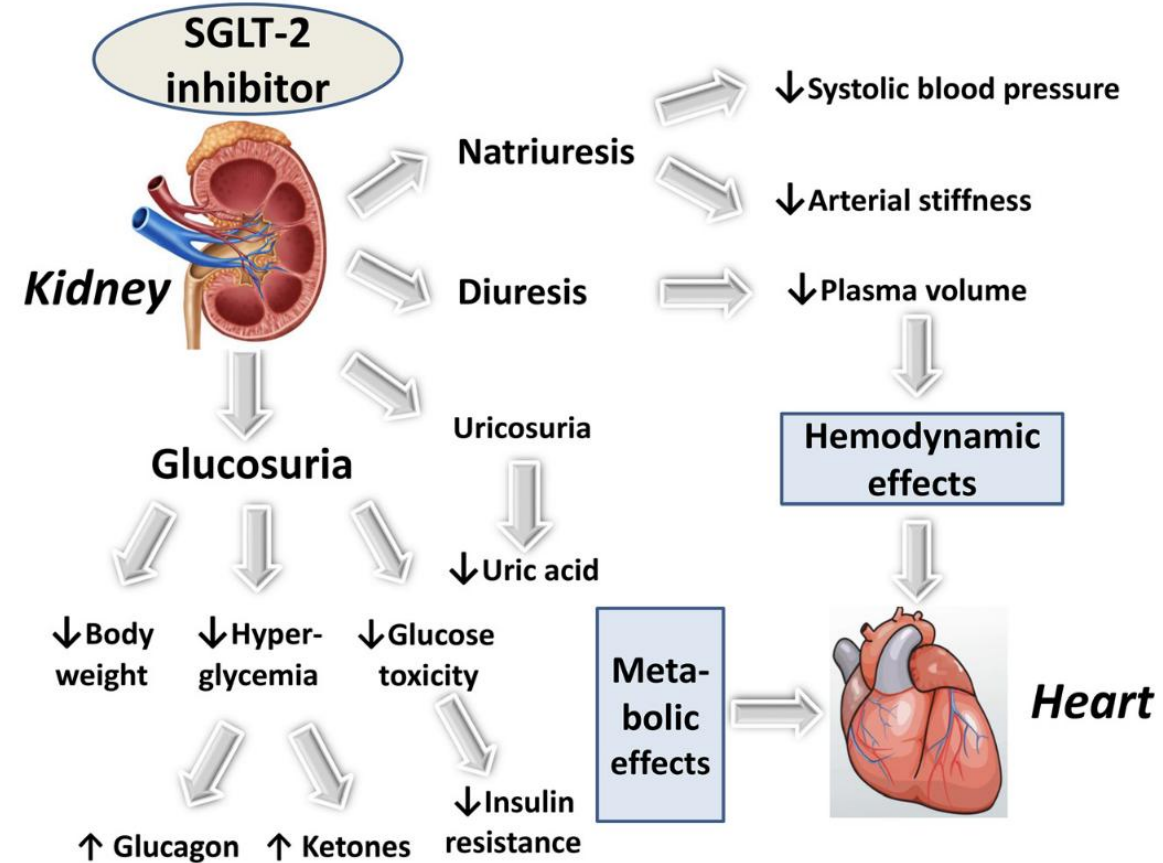
N(%), nombre de patients avec un événement (analyse sur la totalité de l'échantillon)

# IV. ETAT DES LIEUX THERAPEUTIQUES

## Inhibiteurs du Sodium-glucose cotransporteur 2 (SGLT2)



Limite la réabsorption du glucose  
Indépendant de sécrétion d'insuline  
Efficacité > 65 ans vs < 65 ans NS



Jabbour SA Postgrad Med 2014

Scheen in circulation research Mai 2018, Scheen Diab Metab 2021

Influence of age on the effects of SGLT2is in cardiovascular or renal placebo-controlled outcome trials: data reported in secondary analyses dedicated to age subgroups.

Clinical trials	SGLT2 inhibitor	Outcomes	< 65 years	65 -<75 years	≥ 75 years	P interaction
EMPA-REG OUTCOME	Empagliflozin	MACEs	1.04 (0.84;1.29)	0.74 (0.58;0.93)	0.68 (0.46;1.00)	<b>0.047</b>
		hHF + CV mortality	0.78 (0.59;1.03)	0.59 (0.44;0.80)	0.52 (0.33;0.82)	0.240
		hHF	0.73 (0.48;1.10)	0.66 (0.44;1.00)	0.45 (0.22;0.89)	0.488
CANVAS	Canagliflozin	MACEs	0.91 (0.76;1.10)	0.80 (0.67;0.95)		0.26
		hHF + CV mortality	0.65 (0.51;0.83)	0.87 (0.71;1.07)		0.09
		hHF	NA	NA		NA
DECLARE-TIMI 58	Dapagliflozin	MACEs	0.93 (0.81;1.08)	0.97 (0.83;1.13)	0.84 (0.61;1.15)	0.7352
		hHF + CV mortality	0.88 (0.72;1.07)	0.77 (0.63;0.94)	0.94 (0.65;1.36)	0.527
		hHF	0.88 (0.68;1.15)	0.60 (0.40;0.79)	0.81 (0.50;1.30)	0.1402

Baisse de 30% > 65 ans

Results are represented by hazard ratio (95% confidence interval).

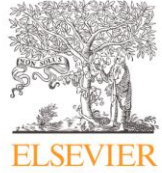
CV: cardiovascular. hHF: hospitalization for heart failure. MACEs: major cardiovascular adverse events. SGLT2: sodium-glucose cotransporter type 2.

Zinman et al, N Engl J Med. 2015, Neal et al N Engl J Med 2017, Wiviott et al, N Engl J Med. 2019.

**Table 2 – Meta-analysis results versus placebo for patients 75 years or older and patients younger than 75 years.**

Outcome	Number of trials	Age categories (n events/N analyzed) <sup>a</sup>	HR	95% CI	P-interaction
<b>GLP-1 receptor agonists versus placebo</b>					
<b>3-p MACE</b>	2	All patients	0.87	0.79 to 0.97	0.07
		<75 years (2598/22,006)	0.92	0.85 to 0.99	
		≥75 years (448/2086)	0.75	0.61 to 0.92	
<b>SGLT2 inhibitors versus placebo</b>					
<b>3-p MACE</b>	2	All patients	0.91	0.83 to 0.99	0.16
		<75 years (2075/22,432)	0.93	0.85 to 1.02	
		≥75 years (256/1748)	0.77	0.60 to 0.99	
<b>CVD</b>	2	All patients	0.78	0.58 to 1.06	0.94
		<75 years (691/22,432)	0.79	0.52 to 1.20	
		≥75 years (112/1748)	0.77	0.40 to 1.46	
<b>CVDHHF</b>	2	All patients	0.75	0.62 to 0.90	0.83
		<75 years (1089/22,432)	0.76	0.63 to 0.91	
		≥75 years (187/1748)	0.71	0.40 to 1.27	
<b>HHF</b>	2	All patients	0.71	0.61 to 0.83	0.70
		<75 years (607/22,432)	0.72	0.61 to 0.84	
		≥75 years (102/1748)	0.64	0.36 to 1.12	
<b>Renal composite outcome</b>	2	All patients	0.59	0.52 to 0.65	0.49
		<75 years (1147/21,667)	0.59	0.51 to 0.68	
		≥75 years (133/1668)	0.51	0.36 to 0.65	

Abbreviations: HR, hazard ratio; CI, confidence interval; GLP-1, glucagon-like peptide-1; SGLT2, sodium-glucose co-transporter 2; 3-p MACE, 3-point composite of major adverse cardiovascular events; CVD, cardiovascular death; CVDHHF, cardiovascular death or hospitalization for heart failure; HHF, hospitalization for heart failure. <sup>a</sup>Number of events (n) and patients analyzed (N) are shown for the intervention and placebo arms.



Available online at  
**ScienceDirect**  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
 www.em-consulte.com



Review

Efficacy / safety balance of DPP-4 inhibitors versus SGLT2 inhibitors in elderly patients with type 2 diabetes



André J. Scheen<sup>a,b,\*</sup>

## Comparaison IDPP4 versus glifozine:

- Essais RCT, analyse post Hoc
- Seuil d'âge ? 65 ans: effet similaire HbA1C
- Bénéfice CV et rénal si glifozine qq âge (baisse de 38% des évènements et moratalité CV de 35% d'hospi pour I card
- Risques:
  - Ketoacidose si glifozine associée avec durée plus longue du DT2 (insulinopénie)
  - Ulcération/amputation si AOMI, ATCD ou ulcère pieds



Contents available at ScienceDirect

Diabetes Research and Clinical Practice

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/diabres](http://www.elsevier.com/locate/diabres)



International Diabetes Federation



# Comparative Effectiveness and Safety of Sodium–Glucose Cotransporter 2 Inhibitors Versus Glucagon-Like Peptide 1 Receptor Agonists in Older Adults

*Diabetes Care* 2021;44:826–835 | <https://doi.org/10.2337/dc20-1464>

Elisabetta Paterno,<sup>1</sup> Ajinkya Pawar,<sup>1</sup>  
Lily G. Bessette,<sup>1</sup> Dae H. Kim,<sup>1,2,3</sup>  
Chintan Dave,<sup>1,4</sup> Robert J. Glynn,<sup>1</sup>  
Medha N. Munshi,<sup>2,5</sup>  
Sebastian Schneeweiss,<sup>1</sup>  
Deborah J. Wexler,<sup>6</sup> and Seoyoung C. Kim<sup>1</sup>

Review

## GLP-1 receptor agonists and SGLT2 inhibitors for older people with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis



Thomas Karagiannis<sup>a,\*</sup>, Apostolos Tsapas<sup>a,b,c</sup>, Eleni Athanasiadou<sup>a</sup>, Ioannis Avgerinos<sup>a</sup>, Aris Liakos<sup>a</sup>, David R. Matthews<sup>c,d</sup>, Eleni Bekiari<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Clinical Research and Evidence-Based Medicine Unit, Second Medical Department, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

<sup>b</sup> Diabetes Centre, Second Medical Department, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

<sup>c</sup> Harris Manchester College, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

<sup>d</sup> Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology and Metabolism, Churchill Hospital, Oxford, United Kingdom

## Comparaison AGLP1 versus glifozine

### Avec les AGLP1:

- Réduction du MACE (critère d'évaluation composite des événements CV majeurs) : 65 ans et plus
- Réduction des composants individuels du MACE avec AGLP1 : mortalité cardiovasculaire, vasculaire, les accidents vasculaires cérébraux et les infarctus du myocarde

### Avec les glifozines:

- Effet favorable sur l'insuffisance cardiaque et les complications rénales.

ATTENTION : sous représentations des patients de plus de 75 ans dans les essais individuels

# Comparaison thérapeutique chez le sujet âgé (cut off: 65 ans? 75 ans?)

	Risque Hypo	CV	Tolérance	Poids	Rein	Points de vigilance
<b>iDPP-4</b>	Très faible	Neutre	Excellente	Neutre	Adaptation	Efficacité modérée
<b>aGLP-1</b>	Faible	Bénéfice MACE Composants individuels du MACE	Dénutrition	↓	Neutre	Nausées, sarcopénie
<b>iSGLT2</b>	Faible	Bénéfice majeur Insuffisance cardiaque	Surveillance hydrique	↓	Néphroprotection	Déshydratation Hypotension Infection urinaire Cetoacidose Ulcérations

## IV. ETAT DES LIEUX THERAPEUTIQUES

### **Insuline** : simplifier plutôt qu'intensifier

- Tendances 2025–2026 :
  - schémas simples
  - 1 injection/jour si possible
- Dé-intensification recommandée en cas :
  - hypoglycémies
  - perte d'autonomie
  - troubles cognitifs

### **Nouveautés technologiques pertinentes chez le sujet âgé :**

- Capteurs de glucose en continu :
  - focus sur le temps dans la cible
  - détection des hypoglycémies nocturnes
- Développement de :
  - télésuivi
  - implication des aidants

# The Impact of Real-Time Continuous Glucose Monitoring in Patients 65 Years and Older

Journal of Diabetes Science and Technology  
2016, Vol. 10(4) 892–897  
© 2016 Diabetes Technology Society  
Reprints and permissions:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/1932296816643542  
dst.sagepub.com

Diabetes Ther (2025) 16:1139–1154  
<https://doi.org/10.1007/s13300-025-01720-z>



REVIEW

William H.  
and Daniel

## Continuous Glucose Monitoring in Older Adults: What We Know and What We Have Yet to Learn

Journal of Diabetes Science and Technology  
2024, Vol. 18(3) 577–583  
© 2024 Diabetes Technology Society  
Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-permissions  
DOI: 10.1177/19322968241234651  
journals.sagepub.com/home/dst

of Catherine Price, MD<sup>1</sup> , Kathryn E. Callahan, MD, MS<sup>2</sup>,  
Joseph A. Aloji, MD<sup>1</sup> , and Chinenye O. Usoh, MD<sup>1,3</sup> 

Thomas Haak · Hélène Hanaire · Ramzi Ajjan · Norbert Hermanns ·  
Jean-Pierre Riveline · Gerry Rayman

and Young Adults and Their Relationship with Diet

Anika Köhlmoos<sup>1</sup> and Manuela Dittmar<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Human Biology, Zoological Institute, Christian-Albrechts-University, Kiel 24118, Germany

Correspondence: Manuela Dittmar, Dr. rer. nat. habil., Human Biology, Zoological Institute, Christian-Albrechts-University, Am Botanischen Garten 9, Kiel 24118, Germany. Email: [mdittmar@zoologie.uni-kiel.de](mailto:mdittmar@zoologie.uni-kiel.de).

Entre 1999 et 2024: étude rétrospective, de cohorte, RCT

- diminution des hypoglycémies après 6 mois – HbA1c amélioré
- amélioration de la qualité de vie et du bien-être général
- diminution de la détresse émotionnelle
- Variabilité glycémique fonction des apports en glucides (+) et protéines (risque hypo + Faible)



# Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes—2026

*American Diabetes Association  
Professional Practice Committee for  
Diabetes\**

*Diabetes Care* 2026;49(Suppl. 1):S6–S12 | <https://doi.org/10.2337/dc26-SREV>

- 1) Validation **transversale**: plusieurs sociétés savantes
- 2) Activité physique: maintien de la **masse musculaire**
- 3) Nutritionnel: **apport protidique** au moins de 0,8 g/kg /J
- 4) Rappel des **cibles** HbA1C et TIR
- 5) Prise en charge de l'hyperglycémie induite par les **traitements oncologiques** (inhibiteurs de checkpoint immunitaire et inhibiteurs de PI3K $\alpha$ )
- 6) Elargissement de l'usage des **capteurs de glucose**
- 7) Intégration des **agonistes GLP-1/GIP** pour les comorbidités cardio-métaboliques.
- 8) **Désescalade thérapeutique**: réduire hypoglycémie, privilégier la prévention CV et rénale

# ALGORITHME

- Bonne santé
- Pas de complications
- QQ soit âge

- Metformine
  - Bithérapie+ISGLT2 (ou AGLP1) selon
    - HbA1C
    - état nutritionnel
    - IMC
    - sauf > 75 ans (avis endoc)
- = prévention primaire

- Atteinte CV (I Card)
- MRC (DFG<60ml/mn et/ou RAC>30mg/g)

- Metformine +ISGLT2 qq soit HbA1C ISGLT2 si DFG > 20ml/mn Ou AGLP1 si DFG > 30ml/mn = prévention secondaire

- M. athéromateuse avérée ou significative ATCD: IDM, AVC ischémique, revascularisation, ischémie MI, sténose vasc > 50 %, angor instable/ischémie myocardique silencieuse documentée, claudication intermittente avec index de pression systolique inférieur à 0,9
- I cardiaque qq FE du VG

Fragiles et dépendant

- Metformine : réévaluer et respect des CI
- **IDPP4** ou insuline basale



**« Bien traiter le diabète chez le sujet âgé, c'est parfois  
accepter de traiter moins, mais mieux. »**

*Merci de votre attention...*



# Le PIED Diabétique Chez la personne âgée



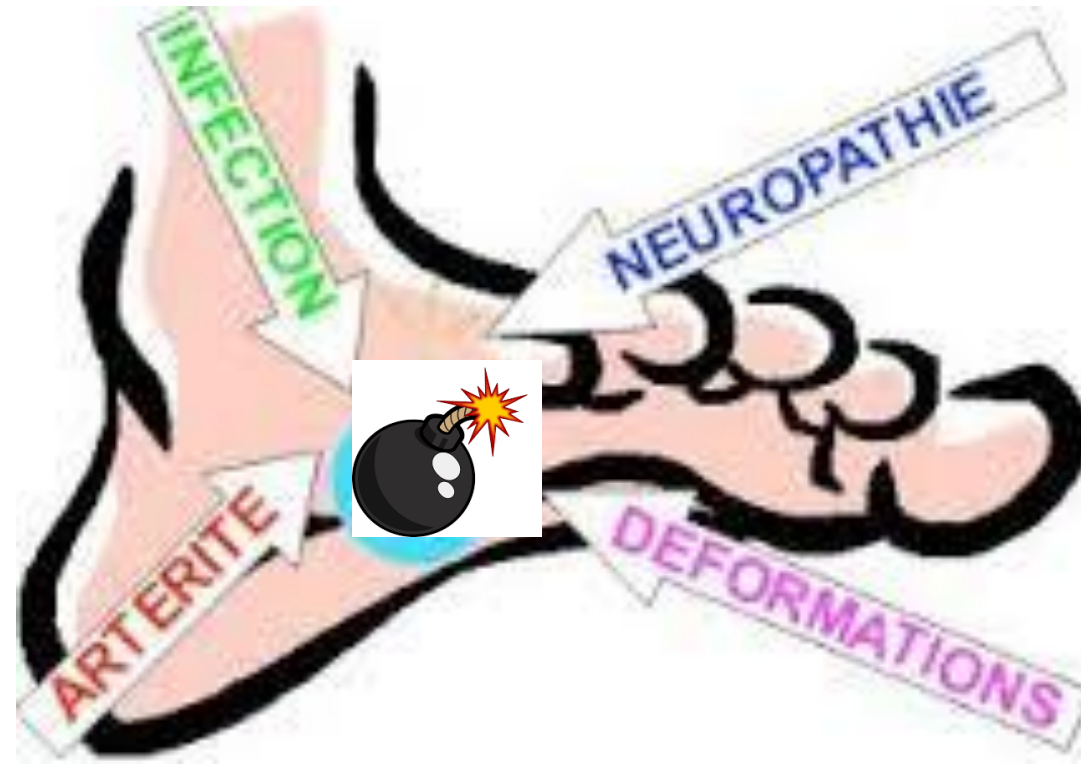
Dr Vanéva CHINGAN-MARTINO

29 janvier 2026



- Pas de conflit d'intérêt



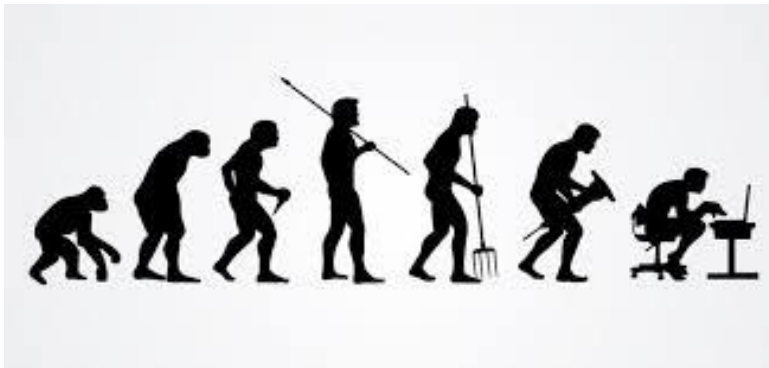


**Pied diabétique** = Ensemble des affections cutanées se traduisant par une ulcération ou une destruction du tissu du pied en région sous malléolaire directement liées aux répercussions du diabète.



**Vieillessement de  
la population**

Diabète de type  
2  
=  
Maladie du  
siècle



**Augmentation de  
la sédentarité**



**Modification des  
habitudes  
alimentaires**



# Et en Guadeloupe....



**PREVALENCE PLUS ELEVEE (>11%)**

**PATIENTS PLUS JEUNES**

**PLUS DE COMPLICATIONS**

→ + de neuropathie

→ + d'AOMI

**+ de PIED DIABETIQUE → + d'AMPUTATION**

**Ulcère du pied :**

1 diabétique sur 6



70% de récurrence à 5 ans

**Amputation :**

1 diabétique sur 10



70% de décès à 5 ans

**DANS LE MONDE À cause du  
DIABETE****TOUTES LES 20  
SECONDES**

1 personne est amputée

Impact fonctionnel → perte d'autonomie → mortalité ↑

**La personne âgée est elle plus à risque ?**



Polypathologie  
(AOMI, IR, Dénutrition)

Troubles visuels et  
cognitifs

**Spécificités  
liées à l'âge**

Chaussage inadapté  
Soins de pied insuffisant

Perte de sensibilité  
Trouble de la marche

Iatrogénie  
(hypoglycémie, anticoagulants)



# Les facteurs prédisposants

## Neuropathie diabétique

Polyneuropathie distale sensitive « en chaussette »

Augmente avec l'âge et la durée d'évolution du diabète

Les lésions affectent les sensibilités distales, la motricité des muscles du pied, ainsi que la finesse du contrôle vasomoteur <sup>1</sup>

## Artériopathie diabétique

Ischémie distale (AOMI) et médiacalcosse

Diminution de la transpiration protectrice, la peau du pied ischémique est rouge, sèche, fine, sensible à la pression d'une chaussure ou même d'un orteil adjacent.

1. Jeffcoate WJ, Lancet 2003

2. LoGerfo FW, Implications N Engl J Med 1984



# Déformations physiologiques des pieds

- La peau devient dure, sèche avec une perte d'élasticité → fissuration et développement d'hyperkératose/cors
- Diminution relative de la force musculaire entraîne un affaissement de l'avant-pied et des troubles morphostatiques : avant-pied plat, orteils en « griffe », hallux valgus, hallux rigidus...
- Appui prolongé sur les ligaments et les aponévroses → réduction de la hauteur de l'arche médiale → effondrement de la voûte plantaire et l'apparition des pieds plats
- tendon d'achille raccourci: retraction par perte d'eau
- ongles plus épais et plus cassants

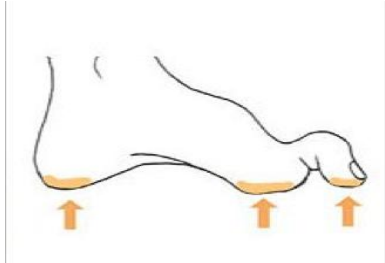


# Les facteurs déclenchant



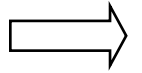
- *chaussage inadapté*
- *la marche pieds nus,*
- *Contentions trop serrées ou avec les coutures distales traumatiques*
- *des autosoins,*
- *un ongle traumatisant,*
- *une hyperkératose*
- *un conflit mécanique*
- *Etc...*



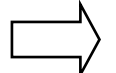


Microtraumatismes

Déformations + Neuropathie sensitive



Hyperpression

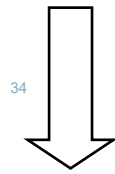


Décharge = 0  
HGT+



+ AOMI  
= NECROSE

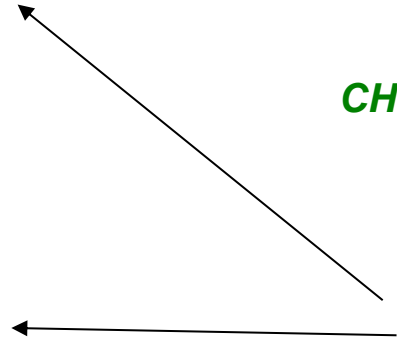
CHRONICISATION



Infection



AOMI = 0  
= CELLULITE



# Evaluation initiale de la plaie

- dater le début des plaies
- rechercher les facteurs déclenchants
- interroger l'entourage si troubles cognitifs
- description initiale de la plaie : localisation, fond de plaie, profondeur, contact osseux
- Evaluation du pied controlatéral
- suivi photographique



# EVALUATION DE LA PLAIE

- Localisation
- Mesurer
- Aspect de la plaie
- Exsudats
- Odeur
- Recherche d'éventuels signes d'infection



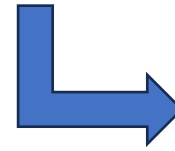


## Peut on traiter une UPD chez la personne âgée ?



shutterstock.com · 2476456867

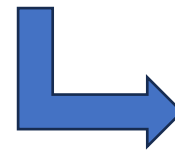
### Patients âgés en « bonne santé »



Idem que personne < 75 ans



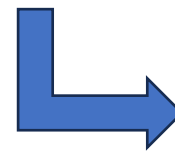
### Patients âgés « fragiles »



TTT optimal avec ajustement notamment décharge



### Patients âgés « dépendants »



TTT non invasif et soins de confort

Oui

# MIDAS

- **M**: métabolique
- **I**: Infection
- **D**: décharge
- **A**: artériopathie
- **S**: soins locaux



**PRISE EN CHARGE  
MULTIDISCIPLINAIRE****M: METABOLIQUE**

Equilibre glycémique  
Etat nutritionnel

*Diabétologue  
Diététicienne*

**I: INFECTION**

TTT de l'infection systémique, des tissus mous, de  
l'osteo arthrite ou de l'osteite

*Infectiologue  
Bactériologiste  
orthopédiste*

**D: DECHARGE**

Mise en décharge des plaies  
Tenir compte du profil du patient

*Podologue  
MPR*

**A: ARTERIOPATHIE**

Dépistage AOMI: Doppler, PSO, TcPO2  
Revascularisation pour apport O2

*Médecin et chirurgien  
vasculaire*

**S: SOINS LOCAUX**

Détersion, débridement, adaptation du protocole  
Surveillance prévention, pédicurie

*IDE plaie et  
cicatrisation  
ETP*

Pied diabétique = aigue

- Toute plaie du pied diabétique doit être adressée à un centre spécialisé dans la prise en charge du pied diabétique dans le 48H



**PRISE EN CHARGE  
MULTIDISCIPLINAIRE**

**M: METABOLIQUE**

Equilibre glycémique  
Etat nutritionnel

*Diabétologue  
Diététicienne*

**I: INFECTION**

TTT de l'infection systémique, des tissus mous, de  
l'osteo arthrite ou de l'osteite

*Infectiologue  
Bactériologiste  
orthopédiste*

**D: DECHARGE**

Mise en décharge des plaies  
Tenir compte du profil du patient

*Podologue  
MPR*

**A: ARTERIOPATHIE**

Dépistage AOMI: Doppler, PSO, TcPO2  
Revascularisation pour apport O2

*Médecin et chirurgien  
vasculaire*

**S: SOINS LOCAUX**

Détersion, débridement, adaptation du protocole  
Surveillance prévention, pédicurie

*IDE plaie et  
cicatrisation  
ETP*



**M: METABOLIQUE**

Equilibre glycémique  
Etat nutritionnel

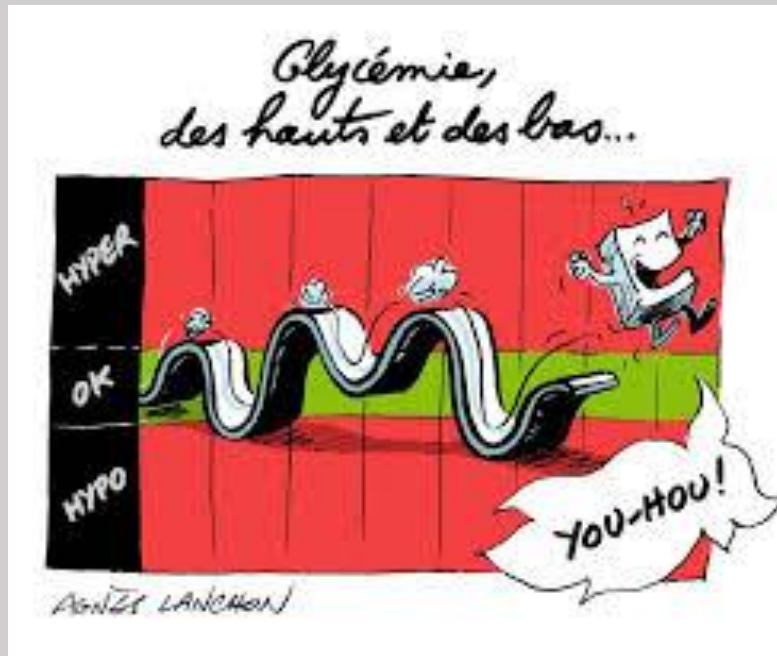
**Pourquoi ?**

- éviter les complications : Neuropathie diabétique et Artériopathie des membres inférieurs (AOMI)
- l'hyperglycémie ralentit le processus de cicatrisation
- décompensation en phase inflammatoire

**Comment?**

- règles hygiéno-diététiques
- observance du traitement adaptée à la fonction rénale
- Insulinothérapie
- Attention aux hypoglycémies

- Rôle de l'insulinorésistance dans le retard de cicatrisation
- Variabilité glycémique augmente le stress oxydatif



- Rôle de la dénutrition, apports protéiques nécessaires à la cicatrisation



**PRISE EN CHARGE  
MULTIDISCIPLINAIRE**

**M: METABOLIQUE**  
Equilibre glycémique  
Etat nutritionnel

*Diabétologue  
Diététicienne*

**I: INFECTION**  
TTT de l'infection systémique, des tissus mous, de  
l'osteo arthrite ou de l'osteite

*Infectiologue  
Bactériologiste  
orthopédiste*

**D: DECHARGE**  
Mise en décharge des plaies  
Tenir compte du profil du patient

*Podologue  
MPR*

**A: ARTERIOPATHIE**  
Dépistage AOMI: Doppler, PSO, TcPO2  
Revascularisation pour apport O2

*Médecin et chirurgien  
vasculaire*

**S: SOINS LOCAUX**  
Détersion, débridement, adaptation du protocole  
Surveillance prévention, pédicurie

*IDE plaie et  
cicatrisation  
ETP*



**I: INFECTION**

TTT de l'infection systémique, des tissus mous, de l'osteo arthrite ou de l'osteite

- Odeur ?
- Douleur
- Rougeur
- Œdème
- Chaleur
- Ecoulement purulent

**URGENCE VITALE ABSOLUE****= Transfert au SAU**

- Signe de sepsis: fièvre >38,5°, HypoTA, tachycardie, crépitations
- Signe de décompensation diabétique: dextro HI, cétonémie positive, vomissements, douleurs abdominales



### GRADE 1

pas de signe ou symptômes

Pas  
d'ATB

### GRADE 2: moyenne

- 2 signes d'inflammation local
  - Erythème  $\leq 2$ cm

### GRADE 3: modérée

Erythème  $\geq 2$  cm, touche les structures profondes de la peau (tendon, os, aponévrose...) abcès

« O »  
Si osteo  
myelite

### GRADE 4: Severe

SIRS ou décompensation métabolique



### Clinique évocatrice :

- os exposé
- plaie chronique (> 4 semaines)
- ulcères de grande taille en regard d'une proéminence osseuse
- Test du contact osseux
- Orteil en « saucisse »



→ Si suspicion clinique d'OPPD, il est recommandé de réaliser une radiographie standard à la recherche de signes d'ostéite. Cet examen est à renouveler à 2-4 semaines en l'absence d'anomalie sur le premier examen et de forte suspicion clinique.

**PRISE EN CHARGE  
MULTIDISCIPLINAIRE****M: METABOLIQUE**

Equilibre glycémique  
Etat nutritionnel

*Diabétologue  
Diététicienne*

**I: INFECTION**

TTT de l'infection systémique, des tissus mous, de  
l'osteo arthrite ou de l'osteite

*Infectiologue  
Bactériologiste  
orthopédiste*

**D: DECHARGE**

Mise en décharge des plaies  
Tenir compte du profil du patient

*Podologue  
MPR*

**A: ARTERIOPATHIE**

Dépistage AOMI: Doppler, PSO, TcPO2  
Revascularisation pour apport O2

*Médecin et chirurgien  
vasculaire*

**S: SOINS LOCAUX**

Détersion, débridement, adaptation du protocole  
Surveillance prévention, pédicurie

*IDE plaie et  
cicatrisation  
ETP*

**D: DECHARGE**

Mise en décharge des plaies  
Tenir compte du profil du patient

# « décharger ? »

- Abolir toute pression ou frottement au niveau ou en regard de la plaie



## Une plaie pas déchargée est une plaie non traitée!!!!



Barouk prolongée



Barouk courte



Sanital

Chausson de  
Ransart

Air cast



semelles



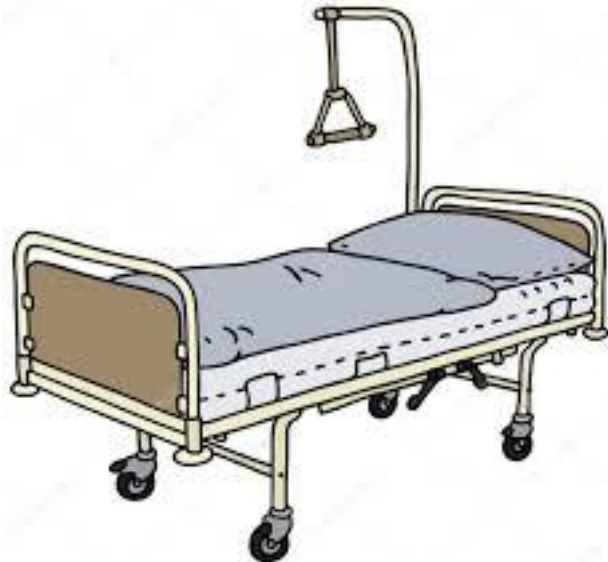
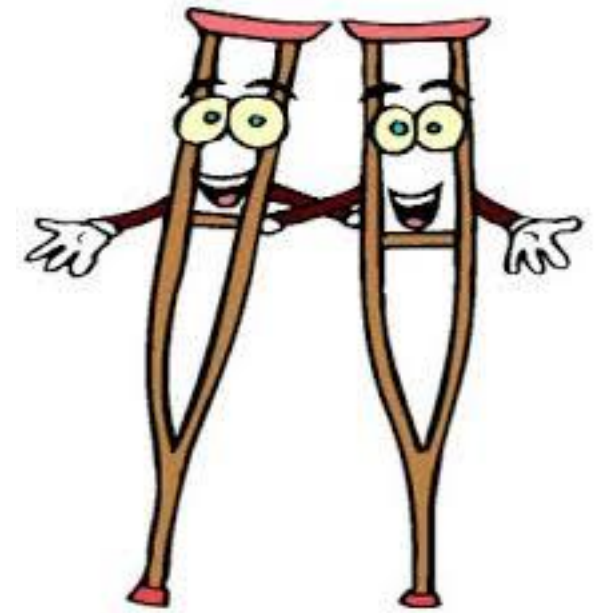
Plâtre fenêtré



- Béquilles
- Fauteuil roulant
- Alitement/hospitalisation



pgj0054 www.fotosearch.com



- *La balance bénéfiques/risques entre la décharge efficace et l'augmentation du risque de chute par modification des appuis*
- *Problématique de l'alitement prolongé chez la personne âgée*



**PRISE EN CHARGE  
MULTIDISCIPLINAIRE****M: METABOLIQUE**

Equilibre glycémique  
Etat nutritionnel

*Diabétologue  
Diététicienne*

**I: INFECTION**

TTT de l'infection systémique, des tissus mous, de  
l'osteo arthrite ou de l'osteite

*Infectiologue  
Bactériologiste  
orthopédiste*

**D: DECHARGE**

Mise en décharge des plaies  
Tenir compte du profil du patient

*Podologue  
MPR*

**A: ARTERIOPATHIE**

Dépistage AOMI: Doppler, PSO, TcPO2  
Revascularisation pour apport O2

*Médecin et chirurgien  
vasculaire*

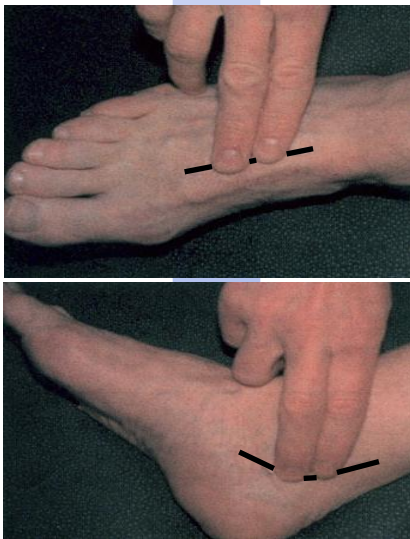
**S: SOINS LOCAUX**

Détersion, débridement, adaptation du protocole  
Surveillance prévention, pédicurie

*IDE plaie et  
cicatrisation  
ETP*

## Examen clinique

Claudication intermittente  
Douleurs de décubitus  
Rares chez le diabétique  
Palpation des pouls  
pédieux et T. postérieur



## Bilan vasculaire

Doppler artériel des  
membres inférieurs  
Index de P° systolique à  
l'orteil  
**IPSO < 0,7 =** 😞  
**P° orteil < 30mmHg** 😞



## Avis chirurgical

Bilan vasculaire  
complémentaire  
Artériographie  
TcPO2



**TOUJOURS la rechercher**

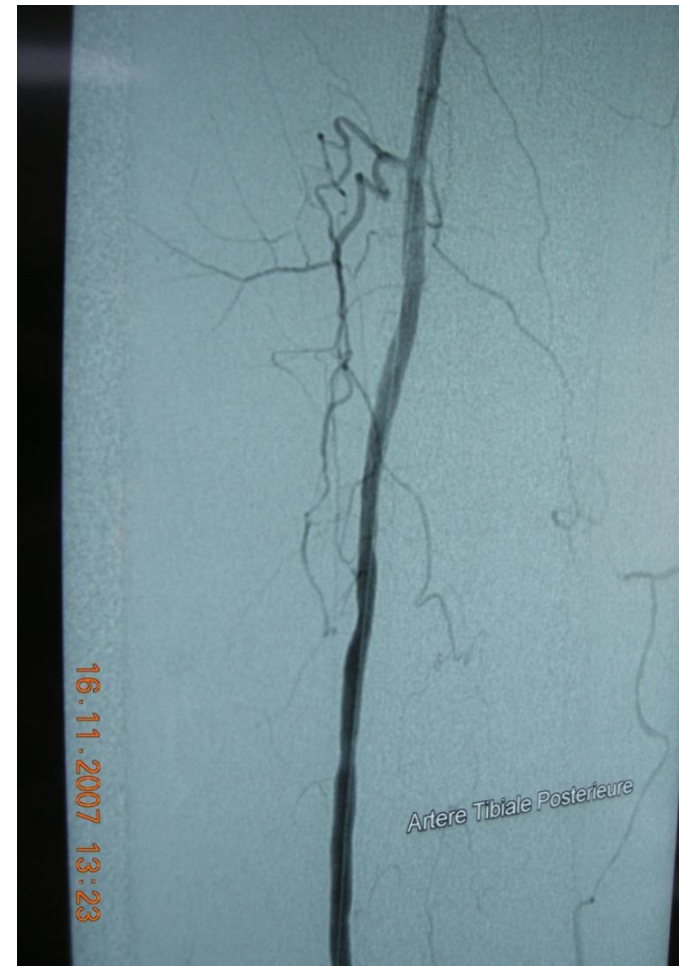
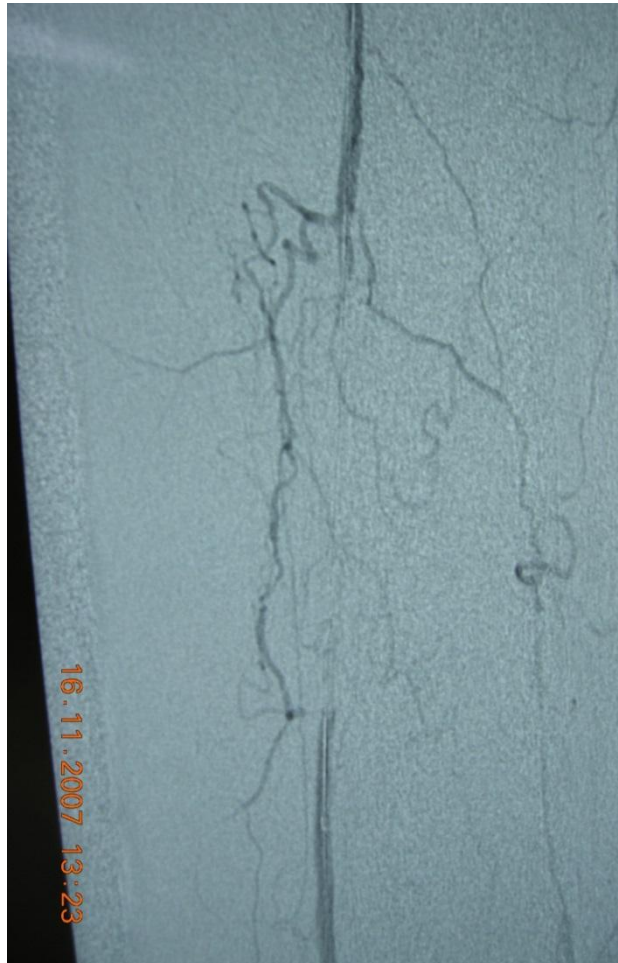
**Quantifier sa sévérité**

**REVASCULARISER**

**A: ARTERIOPATHIE**

Dépistage AOMI: Doppler, PSO, TcPO2  
Revascularisation pour apport O2

- Dépister avec IPS, PSO, Echo-doppler
- Revascularisation+++



**PRISE EN CHARGE  
MULTIDISCIPLINAIRE****M: METABOLIQUE**

Equilibre glycémique  
Etat nutritionnel

*Diabétologue  
Diététicienne*

**I: INFECTION**

TTT de l'infection systémique, des tissus mous, de  
l'osteo arthrite ou de l'osteite

*Infectiologue  
Bactériologiste  
orthopédiste*

**D: DECHARGE**

Mise en décharge des plaies  
Tenir compte du profil du patient

*Podologue  
MPR*

**A: ARTERIOPATHIE**

Dépistage AOMI: Doppler, PSO, TcPO2  
Revascularisation pour apport O2

*Médecin et chirurgien  
vasculaire*

**S: SOINS LOCAUX**

Détersion, débridement, adaptation du protocole  
Surveillance prévention, pédicurie

*IDE plaie et  
cicatrisation  
ETP*

**S: SOINS LOCAUX**

Détersion, débridement, adaptation du protocole  
Surveillance prévention, pédicurie

Critères de choix du pansement:

- **Phase de cicatrisation**
- **Quantité et qualité des exsudats**
- Etat de la peau périlésionnelle  
(peau fragile de la personne âgée)
- Localisation et dimension de la plaie
- Terrain (AOMI, degré d'autonomie ...)
- Infection
- Douleur à la réfection du pansement



**PAS D'EMPILEMENT DE  
PANSEMENTS**

**Pas de changement de protocole  
trop fréquent**

**MIEUX VAUT  
PRÉVENIR QUE GUÉRIR**



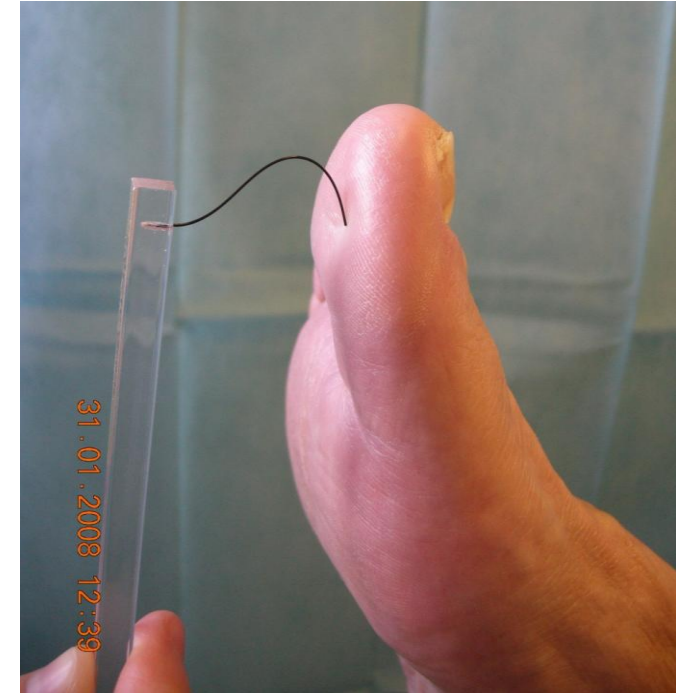
# Dépistage et évaluation gériatrique du pied diabétique

## Dépistage systématique

- Inspection du pied (peau, ongles, déformations)
- Test du monofilament
- Palpation des pouls
- Recherche de chaussures à risque

## Évaluation globale gériatrique

- Autonomie (ADL/IADL)
- Mobilité, risque de chute
- Cognition, observance
- Environnement et aidants



👉 **le pied ne s'évalue jamais seul**

Grade	Description	PEC Sécurité Sociale
<b>0</b>	<b>Absence de neuropathie sensitive</b>	<b>Dépistage annuel</b>
<b>1</b>	<b>Neuropathie sensitive isolée*</b>	<b>Dépistage annuel</b>
<b>2</b>	<b>Neuropathie sensitive associée</b> - à une artériopathie des membres inférieurs ** et/ou - à une déformation du pied ***	<b>5/an</b> <b>Tous les 3 mois</b>
<b>3</b>	<b>Antécédent</b> - d'ulcération du pied évoluant depuis plus de 4 semaines et/ou - d'amputation des membres inférieurs	<b>6/an</b> <b>Tous les 2 mois</b> <b>8/an si plaie</b>

\* Définie par l'anomalie du test au monofilament de Semmes-Wenstein (10 g)

\*\* Définie par l'absence d'au moins un des deux pous du pied ou par un IPS < 0,9

\*\*\* Hallux valgus, orteil en marteau ou en griffe, proéminence de la tête des métatarsiens, déformations post-chirurgicales ou liées à une neuro-arthropathie (pied de Charcot)



Peut on prédire le risque d'amputation chez un patient diabétique?

TABLEAU II  
La classification WIFI.

	Grade	Description		
Plaie (W)	0	Pas de plaie, douleur ischémique au repos		
	1	Petite plaie peu profonde < 5 cm <sup>2</sup> sans gangrène		
	2	Plaie profonde avec os (5-10 cm <sup>2</sup> ), articulation ou tendon apparents ± gangrène limitée aux orteils		
	3	Profonde et étendue < 10 cm <sup>2</sup> , atteinte du talon < 5 cm <sup>2</sup> ± atteinte du calcanéus ± gangrène étendue		
		IPS	Pression cheville (mmHg)	Pression orteil (mmHg) ou TcPO <sub>2</sub> (mmHg)
Ischémie (I)	0	≥ 0,80	> 100	≥ 60
	1	0,60 à 0,79	70 à 100	40 à 59
	2	0,40 à 0,59	50 à 70	30 à 39
	3	< 0,40	< 50	< 30
Infection du pied (FI)	0	0		
	1	Légère		
	2	Modérée		
	3	Sévère		

**Toute décision d'amputation doit être prise de façon collégiale**



# Ennemis des pieds à risques



# TAKE HOME MESSAGE

- Le pied diabétique est **fréquent, grave mais évitable**
- Chez le sujet âgé :
  - Dépistage systématique
  - Prise en charge globale et individualisée
- Prévenir une plaie = **préserver l'autonomie**
- **PLURIDISCIPLINARITE+++**

# MERCI POUR VOTRE ATTENTION

**Dr Vanéva CHINGAN MARTINO**

Unité de Prise en charge du Pied diabétique

CHU de GUADELOUPE

0590891559

[sec.pieddiabetique@chu-guadeloupe.fr](mailto:sec.pieddiabetique@chu-guadeloupe.fr)

# Cas clinique croisé gériatrie / diabétologie

**Jeudi 29 janvier 2026**

Dr LAHAUT Edwige

Gériatre, CHU de la Guadeloupe et Polyclinique de la Guadeloupe

Dr EDWARDS-COUBE Joy

Endocrinologue-Diabétologue, CHU de la Guadeloupe

## PLAN

**-Cas clinique croisé gériatrie / diabétologie**

**-Message clés**

Liens d'intérêts antérieurs : Laboratoires Abbott et Sanofi  
**Pas de liens d'intérêt pour la présentation de ce jour**



Antécédents

**Diabète de type 2 depuis 15 ans**

HTA depuis 20 ans

**Insuffisance rénale**

**chronique stade 3B compliquée**

**d'une néphropathie**

**glomérulaire**, rétinopathie non  
proliférante minime, pas d'évènement  
cardiovasculaire

Dernier bilan des complications  
chroniques en 2024

Mode de vie

Infirmière à la retraite, veuve,

3 enfants dont 2 en Guadeloupe

Bien entourée.

Vit seule dans une maison

-Un étage : chambre et salle de bain

-Rez-de-chaussée: cuisine, salon  
toilettes Va toujours à l'étage

Aides à domicile

-IDEL pour prise constantes et  
gestion des médicaments (pilulier car  
oublis fréquents)

-Portage de repas depuis 1 an car  
difficulté à la réalisation du repas  
(casserole brûlée)

Autonomie

ADL : 5,5/6, IADL : 4/8

Pas de mesure de protection  
juridique

## Cas clinique

**Madame TEA** est une femme de 75 ans adressée par son médecin généraliste en hôpital de jour de gériatrie.

Traitements en cours

METFORMINE 500 mg 1-0-1, JARDIANCE (EMPAGLIFOZINE) 10 mg 1-0-0 depuis 3 mois

DIAMICRON (GLICLAZIDE) 60mg 1-0-0

COVERAM(PERINDOPRIL/AMLODIPINE) 5 mg/10 mg 1-0-0

SERESTA (OXAZEPAM) 10mg 0-0-1 au coucher

Dernier bilan biologique en **octobre 2025**

HbA1c 9,0%, créatinine 185 µmol/L, DFG 28 ml/min

Histoire de la maladie

Elle se plaint de **troubles mnésiques**, doit tout noter, n'arrive plus à faire une recette de cuisine, gérer son budget ou conduire. **Difficultés à planifier et à s'organiser.**

**Tristesse de l'humeur et troubles du sommeil** décrits par sa fille qui l'accompagne  
(décès récent d'une amie)

Elle fait des **chutes mécaniques à répétition** et présente un **déséquilibre glycémique.**

Sur le plan clinique

Poids 58 kg (- 4kg en 1 mois) , taille 165 cm, IMC 21 kg/m<sup>2</sup>

Glycémies à domicile : 0,50 g/L le matin, 3,0 g/L à midi (pas de cétose)

Syndrome polyuro-polydipsique, consommation de 4 bouteilles d'eau par jour

2 chutes le matin au réveil sur le dernier mois

Antécédents

**Diabète de type 2 depuis 15 ans**

HTA depuis 20 ans

**Insuffisance rénale**

**chronique stade 3B compliquée  
d'une néphropathie**

**glomérulaire**, rétinopathie non  
proliférante minime, pas d'évènement  
cardiovasculaire

Dernier bilan des complications  
chroniques en 2024

Mode de vie

Infirmière à la retraite, veuve,  
3 enfants dont 2 en Guadeloupe  
Bien entourée.

Vit seule dans une maison

-Un étage : chambre et salle de bain

-Rez-de-chaussée: cuisine, salon  
toilettes Va toujours à l'étage

Aides à domicile

-IDEL pour prise constantes et  
gestion des médicaments (pilulier car  
oublis fréquents)

-Portage de repas depuis 1 an car  
difficulté à la réalisation du repas  
(casserole brûlée)

Autonomie

ADL : 5,5/6, IADL : 4/8

Pas de mesure de protection  
juridique

## Cas clinique

**Madame TEA** est une femme de 75 ans adressée par son médecin généraliste en hôpital de jour de gériatrie.

### QCM1 :

A-Vous augmentez le JARDIANCE à 25 mg

B-Vous suspendez la METFORMINE et le DIAMICRON

C-Vous initiez du GALVUS 50 mg le matin

D-Vous démarrez un schéma basal-bolus TOUJEO 14 UI le soir, NOVORAPID 4-4-4 UI

E-Vous fixez l'objectif d'HbA1c < 7% car c'est une patiente vigoureuse dont l'espérance de vie est satisfaisante

**Madame TEA** est une femme de 75 ans adressée par son médecin généraliste en hôpital de jour de gériatrie.

**QCM1 :**

A-Vous augmentez le JARDIANCE à 25 mg - **FAUX**

B-Vous suspendez la METFORMINE et le DIAMICRON - **VRAI**

C-Vous initiez du GALVUS 50 mg le matin - **VRAI**

D-Vous démarrez une insulinothérapie par schéma basal-bolus TOUJEO 14UI le soir, NOVORAPID 4-4-4UI - **FAUX**

E-Vous fixez l'objectif d'HbA1c < 7% car c'est une patiente vigoureuse dont l'espérance de vie est satisfaisante - **FAUX**

	Profil du patient	HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardiovasculaire	≤ 6,5 %
	DT2 avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans)	≤ 8 %
	DT2 avec des complications macrovasculaires évoluées DT2 ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères	
Personnes âgées	Dites « vigoureuses », dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	≤ 9 % et/ou glycémies capillaires pré-prandiales entre 1 et 2 g/l

## Cas clinique

**Madame TEA** est une femme de 75 ans adressée par son médecin généraliste en hôpital de jour de gériatrie.

### QCM2 :

- A- Dans le contexte de chute et déséquilibre de diabète de type 2, vous proposez la réalisation d'un scanner cérébral
- B- Vous augmentez le COVERAM à 10 mg/10mg et vous remettez le DIAMICRON à faible dose malgré l'avis diabétologue peu responsable de chutes selon vous
- C- Vous retrouvez un MMSE à 26/30 avec 2 erreurs au calcul et 2 échecs au rappel pour lequel elle vous dit: « je n'arrive plus à me concentrer Dr, je ne trouve pas. »  
Vous proposez la réalisation d'une ponction lombaire.
- D- Vous demandez une évaluation neuropsychologique chez cette patiente
- E- Vous réalisez un test d'hypotension orthostatique

**Madame TEA** est une femme de 75 ans adressée par son médecin généraliste en hôpital de jour de gériatrie.

**QCM2 :**

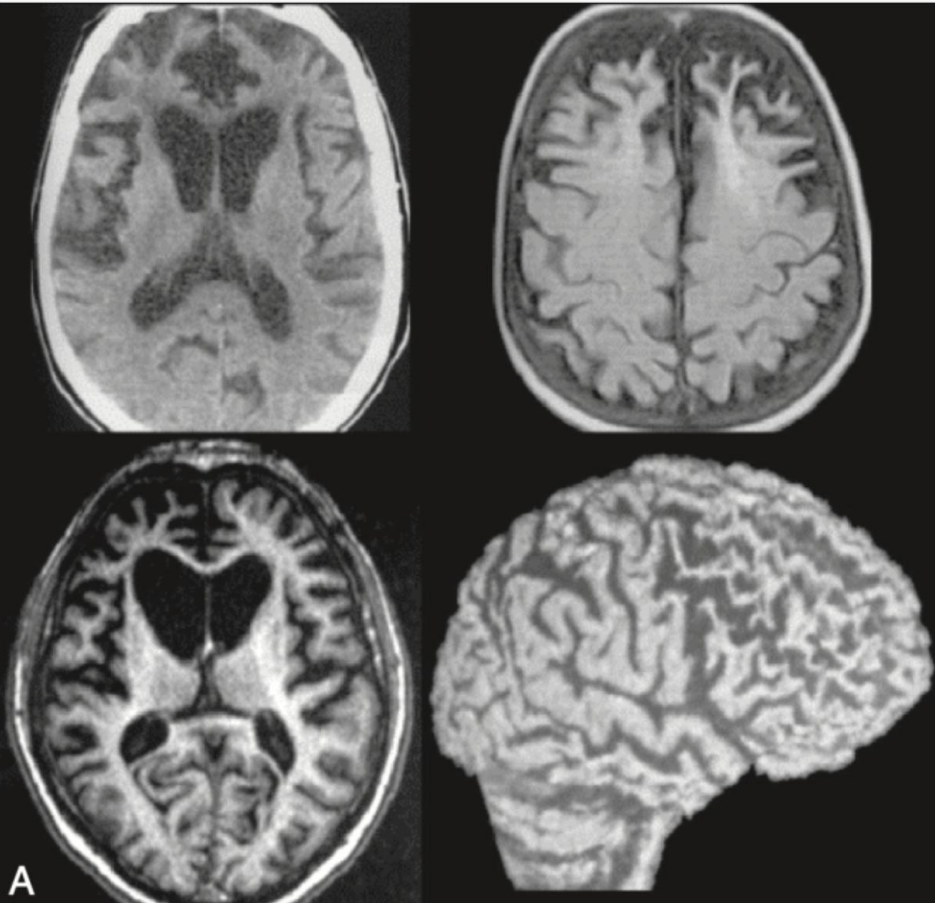
A- Vous proposez la réalisation d'un scanner cérébral - **VRAI**

B- Vous augmentez le COVERAM à 10 mg/10mg et vous remettez le DIAMICRON à faible dose, malgré l'avis diabétologue, peu responsable de chutes selon vous - **FAUX**

C- Vous retrouvez un MMSE à 26/30 avec 2 erreurs au calcul et 2 échecs au rappel. Vous proposez la réalisation d'une ponction lombaire - **FAUX**

D- Vous demandez une évaluation neuropsychologique chez cette patiente - **VRAI**

E- Vous réalisez un test d'hypotension orthostatique - **VRAI**



IRM cérébrale, cours Confusion, troubles cognitifs et démence, Collège des enseignants de neurologie

## Cas clinique

**Madame TEA** est une femme de 75 ans adressée par son médecin généraliste en hôpital de jour de gériatrie.

### QCM3 :

A- Vous prévoyez un fond d'œil dans 3 mois

B- Vous refaites le bilan cardiovasculaire complet avec la consultation de cardiologie, l'ETT, le test d'effort, l'échodoppler artériel des troncs supra-aortiques et des membres inférieurs

C- Vous proposez un capteur de mesure en continu du glucose et vous mettez en place une alarme pour les hypoglycémies

D- Vous demandez une consultation dentaire de routine

E- Vous demandez une consultation initiale de podologie pour la gradation du pied et des séances de kinésithérapie (exercices de proprioception)



**Madame TEA** est une femme de 75 ans adressée par son médecin généraliste en hôpital de jour de gériatrie.

**QCM3:**

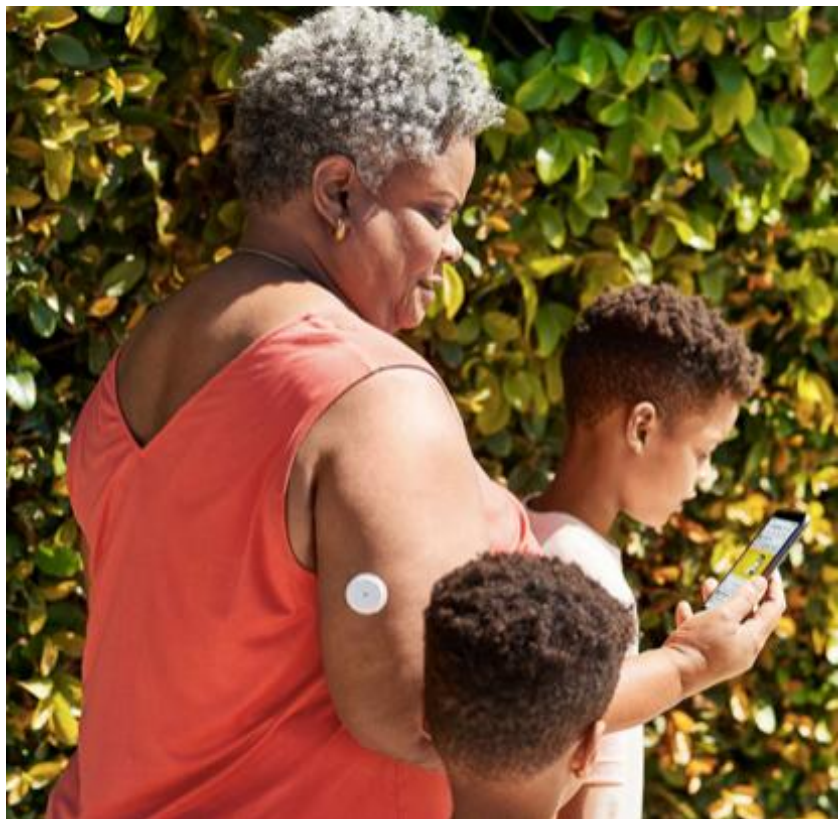
A- Vous prévoyez un fond d'œil dans 3 mois - **FAUX**

B- Vous refaites le bilan cardiovasculaire complet avec la consultation de cardiologie, l'ETT, le test d'effort, l'échodoppler artériel des troncs supra-aortiques et des membres inférieurs - **VRAI**

C- Vous proposez un capteur de mesure en continu du glucose et vous mettez en place une alarme pour les hypoglycémies - **VRAI**

D- Vous demandez une consultation dentaire de routine - **VRAI**

E- Vous demandez une consultation initiale de podologie pour la gradation du pied et des séances de kinésithérapie (exercices de proprioception) - **VRAI**



Patiente âgée porteuse d'un capteur de mesure continue de la glycémie

## Cas clinique

**Madame TEA** est une femme de 75 ans adressée par son médecin généraliste en hôpital de jour de gériatrie.

### QCM4 :

- A- Vous proposez une poursuite du SERESTA 10mg pour les troubles du sommeil
- B- Elle vous relate le décès de son amie en pleurs, une perte d'appétit avec une **perte de 4 kg en 1 mois, un IMC à 21 kg/m<sup>2</sup>**. Vous proposez une consultation chez le nutritionniste car cette patiente est en état de dénutrition.
- C- Vous proposez de la kinésithérapie avec exercices de proprioception, travail de l'équilibre, apprentissage de lever, renforcement musculaire
- D- Son **miniGDS est à 3 sur 4** avec des troubles du sommeil. Vous proposez d'introduire un traitement antidépresseur par MIRTAZAPINE 45mg par jour pendant 3 semaines puis stop.
- E- Vous conseillez des chaussures type tongs, plus légères afin d'être plus à l'aise

### Diagnostic de dénutrition

≥ 1 critère phénotypique	✚ ≥ 1 critère étiologique	Sévérité
<b>Perte de poids :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ≥ 5 % en 1 mois</li> <li>– ou ≥ 10 % en 6 mois</li> <li>– ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie</li> </ul>	<b>Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine,</b> ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport : <ul style="list-style-type: none"> <li>– à la consommation alimentaire habituelle</li> <li>– ou aux besoins protéino-énergétiques</li> </ul>	<b>Perte de poids :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ≥ 10 % en 1 mois</li> <li>– ou ≥ 15 % en 6 mois</li> <li>– ou ≥ 15 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie</li> </ul>
IMC < 22 kg/m <sup>2</sup>	Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)	IMC < 20 kg/m <sup>2</sup>
Sarcopénie confirmée	Situation d'agression (avec ou sans syndrome inflammatoire) : <ul style="list-style-type: none"> <li>– pathologie aiguë</li> <li>– ou pathologie chronique</li> <li>– ou pathologie maligne évolutive</li> </ul>	Albuminémie ≤ 30 g/L

### Surveillance du statut nutritionnel

Paramètres	Fréquence
<ul style="list-style-type: none"> <li>– la mesure du poids</li> <li>– le calcul de l'IMC</li> <li>– l'évaluation de l'appétit</li> <li>– l'évaluation de la consommation alimentaire</li> <li>– la force musculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– en ville : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation</li> <li>– à l'hôpital MCO et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine</li> <li>– en EHPAD et USLD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois</li> </ul>

**Madame TEA** est une femme de 75 ans adressée par son médecin généraliste en hôpital de jour de gériatrie.

#### QCM4:

A- Vous proposez une poursuite du SERESTA 10mg, le soir pour les troubles du sommeil - **FAUX**

B- Elle vous relate le décès de son amie en pleurs, une perte d'appétit avec une perte de 4 kg en 1 mois, un IMC à 21 kg/m<sup>2</sup>.

Vous proposez une consultation chez le nutritionniste car cette patiente est en état de dénutrition - **VRAI**

C- Vous proposez de la kinésithérapie avec exercices de proprioception, travail de l'équilibre, apprentissage de lever, renforcement musculaire - **VRAI**

D- Son miniGDS est à 3 sur 4 avec des troubles du sommeil. Vous proposez d'introduire un traitement antidépresseur MIRTAZAPINE 45mg par jour pendant 3 semaines puis arrêt - **FAUX**

E- Vous conseillez des chaussures type tongs, plus légères afin d'être plus à l'aise - **FAUX**



**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

#### RECOMMANDATION

# Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus

### Comment bien choisir ses chaussures pour prévenir les chutes ?

Fiche 2



#### Conseils pour bien choisir ses chaussures

- ✓ Suffisamment larges
- ✓ Légères et faciles à mettre et à enlever
- ✓ En matériau souple, pour ne pas traumatiser. Attention aux coutures intérieures
- ✓ Bien tenir le pied. Surtout la cheville
- ✓ Un talon inférieur à 2,5 cm large
- ✓ Une semelle antidérapante flexible à l'avant du pied
- ✓ Intérieur de la chaussure sans coutures
- ✓ Un maintien empêchant le pied de glisser dans la chaussure
- ✓ Pointure adaptée
- ✓ Un maintien empêchant le pied de déchausser le talon à la marche
- ✓ Serrage par un système de fermeture réglable (velcro, laçage...)

Soutenu financièrement par



Ce document est issu d'une collaboration avec l'Équipe Mobile Gériatrie de Territoire du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre et de Promotion Santé Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy concernant le programme Bien Vieillir intitulé « Okipe de gwon mouen an nou ».

### Les anti-dépresseurs

Fiche 4



#### En gériatrie, les antidépresseurs sont prescrits pour :

- ✓ Soulager les symptômes dépressifs (tristesse, repli sur soi...)
- ✓ En cas d'anxiété importante

#### Ceux que vous verrez le plus souvent en gériatrie

- Escitalopram (Seroplex)
- Mirtazapine (Norset)
- Sertraline (Zoloft)
- Miansérine
- Venlafaxine (Effexor)
- Paroxétine (Deroxat)

#### Les effets attendus

L'amélioration du moral et de l'anxiété a un effet bénéfique sur :

- ✓ La mémoire
- ✓ L'attention
- ✓ Le sommeil
- ✓ La qualité de vie

**i** Les syndromes anxiodépressifs sont fréquents chez les patients atteints de trouble de la mémoire.

**i** Ces traitements ont une efficacité optimale au bout de 4 à 8 semaines. Il faut les prendre pendant au moins 3 à 6 mois avant de juger de leur efficacité.

Soutenu financièrement par



Ce document est issu d'une collaboration avec l'Équipe Mobile Gériatrie de Territoire du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre et de Promotion Santé Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy concernant le programme Bien Vieillir intitulé « Okipe de gwon mouen an nou ».

### Les neuroleptiques

Fiche 5



#### En gériatrie, les neuroleptiques sont prescrits pour :

- ✓ Les hallucinations mal tolérées par le patient (peur, anxiété, mise en danger)
- ✓ Diminuer l'agressivité physique et l'agitation importante

#### Ceux que vous verrez le plus souvent en gériatrie

- Risperidone (Risperdal)
- Clozapine (Leponex)
- Quetiapine (Xeroquel)
- Aripiprazole (Abilify)
- Tiapride (Tiapridal)
- Haloperidol (Haldol)

#### Les effets indésirables les plus fréquents

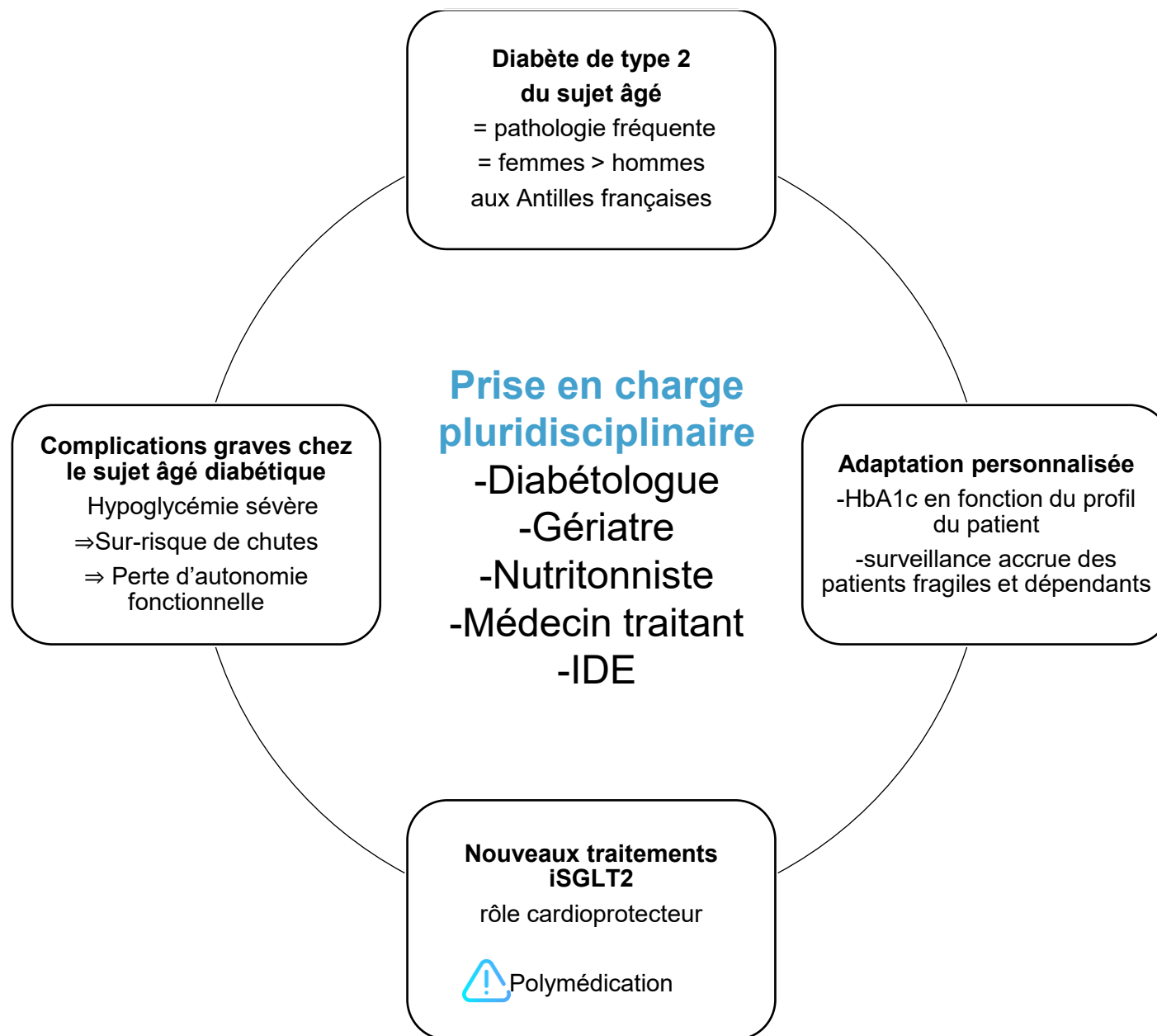
- Tremblements
- Hypersalivation
- Somnolence, perte d'énergie
- Raideur musculaire
- Augmentation du risque d'AVC et de crise d'épilepsie
- Modification de la marche (augmentation du risque de chute)

**i** Chez la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs, ils ne doivent pas être utilisés en 1ère intention et leur utilisation doit rester ponctuelle.

Soutenu financièrement par



Ce document est issu d'une collaboration avec l'Équipe Mobile Gériatrie de Territoire du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe à Pitre et de Promotion Santé Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy concernant le programme Bien Vieillir intitulé « Okipe de gwon mouen an nou ».



# Merci de votre attention

## Questions



**Cas clinique croisé gériatrie / diabétologie**

