

medisystempharmacy.com

CE QUE VOUS DEVEZ
SAVOIR
**CONTRÔLE DU
DIABÈTE CHEZ LES
PERSONNES
ÂGÉES**

2019/T1
CAMPAGNE ÉDUCATIVE

MediSystem™
Pharmacy

A SHOPPERS DRUG MART COMPANY



**VINGT-CINQ POUR CENT
DES CANADIENS QUI VIVENT
DANS DES ÉTABLISSEMENTS
DE SOINS DE LONGUE DURÉE
SOUFFRENT DE DIABÈTE
DE TYPE 2**



CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

CONTRÔLE DU DIABÈTE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

L

e diabète est une maladie chronique caractérisée par une sécrétion altérée de l'insuline et par différents degrés de résistance à l'insuline, ce qui entraîne l'hyperglycémie.

IL EXISTE DEUX PRINCIPAUX TYPES DE DIABÈTE :

Le diabète de type 1 se développe habituellement pendant l'enfance ou l'adolescence. Ceci se produit lorsque le système immunitaire attaque les cellules productrices d'insuline du pancréas.

Le diabète de type 2 est habituellement diagnostiqué à l'âge adulte. Il se produit en raison d'une insensibilité à l'insuline ou d'une baisse de la production d'insuline. Le diabète de type 2 représente 90% des cas de diabète.

Dans certains cas, les maladies rénales durant la phase terminale et l'amputation sont des complications possibles du diabète. Les maladies cardiovasculaires sont les causes principales de décès chez les personnes souffrant de diabète.

GESTION DU DIABÈTE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Les données montrent que 25% des résidents du Canada qui vivent dans un établissement de soins de longue durée souffrent de diabète de type 2. Chez les personnes âgées, les objectifs de soins du diabète passent de la prévention des complications à long terme aux stratégies personnalisées qui visent à garantir la sécurité et la qualité de vie. Cela comprend la prévention de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie sévère et la gestion des effets indésirables du traitement.

La démence et les troubles cognitifs compliquent davantage

les soins offerts aux résidents souffrant de diabète. Chez ces résidents, l'alimentation peut être variable et la conscience des symptômes de l'hypoglycémie et la capacité de les communiquer sont réduites.

L'objectif principal de toute stratégie pharmacologique chez les personnes âgées est de prévenir l'hypoglycémie. Les personnes âgées sont plus susceptibles de souffrir d'hypoglycémie en raison de la diminution de sécrétion de glucagon et d'altération de la conscience des symptômes de l'hypoglycémie. L'hypoglycémie chez les personnes âgées peut entraîner des chutes et des complications associées, comme des fractures et des hospitalisations.

Pour les résidents des établissements de soins de longue durée, Diabète Canada recommande des régimes alimentaires ordinaires plutôt que des régimes diabétiques ou formules nutritionnelles.

CONSIDÉRATIONS SUR LES MÉDICAMENTS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Les sulfonylurées (en particulier le glyburide) augmentent le risque d'hypoglycémie et doivent donc être utilisés avec prudence.

Les inhibiteurs de la DPP-4 (sitagliptine, linagliptine) sont recommandés comme traitement de deuxième intention après traitement avec la metformine, car ces médicaments sont moins susceptibles à causer l'hypoglycémie. Le traitement à doses variables d'insuline doit être évité chez les résidents âgés. L'administration du traitement à doses variables d'insuline est réactive par nature et comporte un risque élevé d'hypoglycémie. Ce traitement peut aussi faire en sorte que la glycémie suit un schéma en « montagnes russes » avec des hauts et des bas.

Le traitement à doses variables d'insuline ne doit jamais être administré au coucher, car ceci peut entraîner une hypoglycémie de nuit.

CLASSES DE MÉDICAMENTS IMPORTANTES

Inhibiteurs de la SGLT-2 (canagliflozine, dapagliflozine, empagliflozine)

Cette nouvelle classe de médicaments est peu susceptible à causer l'hypoglycémie. En plus de réduire l'A1c, ces médicaments peuvent réduire la pression artérielle. Toutefois, ils peuvent augmenter le risque d'infections génitales ou urinaires.

Inhibiteurs de la DPP-4 (linagliptine, saxagliptine, sitagliptine)

Cette classe de médicaments a été étudiée chez les personnes plus de 75 ans et chez les personnes présentant plusieurs comorbidités. Ces médicaments sont associés à une amélioration de contrôle glycémique avec un risque minime d'hypoglycémie et aucun gain de poids.

Insuline à action prolongée

Recherchez la nouvelle insuline glargine[®] U-300 (300[®] unités/mL) (ToujeoMD). Cette insuline concentrée permet d'administrer un volume moins élevé au résident et peut agir pendant plus de 30[®] heures.

L'insuline dégludec (TresibaMD) est une insuline basale avec une durée d'action de 42[®] heures.



SURVEILLANCE DU CONTRÔLE GLYCÉMIQUE

Surveillance de la glycémie capillaire

La surveillance de la glycémie capillaire donne un aperçu de la gestion quotidienne du diabète. Les résultats aident à évaluer l'effet des repas, des médicaments et des activités sur la glycémie. Cette surveillance doit aussi être utilisée pour confirmer et traiter l'hypoglycémie.

La fréquence des tests doit se baser sur les médicaments que le résident prend actuellement, sur ses maladies aiguës, sur son contrôle glycémique et sur sa probabilité de souffrir d'hypoglycémie.

Pour les résidents qui prennent de l'insuline :

Utilisation de l'insuline plus d'une fois par jour	Surveillance du contrôle glycémique au moins trois fois par jour L'horaire doit comprendre des mesures avant et après les repas
Insuline une fois par jour avec d'autres agents	Au moins une fois par jour à des heures variables

Les recommandations sur la fréquence des analyses de la glycémie chez les résidents qui prennent uniquement des agents par voie orale dépendent de l'atteinte de leur A1c cible.

La glycémie capillaire avant les repas et au coucher chez les personnes âgées fragiles est de 6 à 9[®] mmol/L. Après les repas, la glycémie capillaire doit être inférieure à 14[®] mmol/L.

Les résultats du lecteur doivent être comparés avec des mesures en laboratoire de la glycémie à jeun au moins une fois par année.

L'hémoglobine glyquée (A1c)

L'hémoglobine glyquée (A1c) est une estimation de la glycémie veineuse moyenne dans les 8 à 12[®] dernières semaines. Les traitements médicamenteux et les interventions non pharmacologiques sont établis ou modifiés en fonction de l'atteinte de l'A1c recommandée.

Chez la plupart des personnes, l'A1c doit être évaluée tous les trois mois pour s'assurer que les objectifs glycémiques sont atteints ou maintenus.

Les taux de glycémie présents dans les 30[®] jours précédant la prise de sang contribuent à 50[®] % au résultat d'A1c.

Des facteurs comme une carence en fer ou en vitamine B12 ou une insuffisance rénale ou hépatique chronique peuvent avoir une incidence sur le résultat d'A1c.

	Indépendants sur le plan fonctionnel avec une espérance de vie supérieure à 10 ans	Indépendants sur le plan fonctionnel	Personnes âgées fragiles ou souffrant de démence
Cible de l'A1c	<7.0%	<8.0%	De 7,1 à 8,5 %

RAPPELS IMPORTANTS SUR L'INJECTION DE L'INSULINE

L'insuline est absorbée le plus rapidement par l'abdomen. Le haut des bras et les côtés des cuisses absorbent plus lentement l'insuline. Assurez-vous d'éviter d'injecter l'insuline dans la peau endommagée, par exemple sur des cicatrices chirurgicales ou des zones de lipohypertrophie. Les zones de lipohypertrophie sont des lésions « caoutchouteuses » épaisses qui apparaissent dans le tissu sous-cutané des points d'injection.

Les stylos à insuline doivent être amorcés avec l'aiguille vers le haut. Le flux d'insuline doit être observé dans l'aiguille avant chaque injection.

Pour injecter l'insuline, appuyez sur le bouton-poussoir complètement vers le bas, comptez lentement jusqu'à 10, puis retirez l'aiguille.

Les aiguilles doivent être jetées immédiatement après une seule utilisation. Cela permet de réduire le risque de complications, comme la lipohypertrophie et le dosage inexact. Les aiguilles ne doivent pas rester fixées au stylo. L'alternance des sites d'injection est essentielle pour éviter la lipohypertrophie et pour assurer une absorption constante du médicament. Il est recommandé d'alterner les injections dans la même zone anatomique. Les injections doivent être administrées à au moins 1 à 2 cm les unes des autres (la largeur d'un doigt) sur toute la zone. Assurez-vous de documenter les endroits où l'insuline a été administrée.

RISQUES DE DÉSHYDRATATION (VOMISSEMENTS ET DIARRHÉE)

Certains médicaments peuvent augmenter le risque de déshydratation pendant les épisodes de vomissements ou de diarrhée. La sensation de soif diminue chez les personnes âgées, ce qui augmente le risque de déshydratation. Utilisez l'acronyme SADMANS ci-dessous pour déterminer les médicaments qui doivent être cessés pendant la maladie et recommencés lorsque le résident est capable de manger et boire normalement.

S : sulfonylurées

A : inhibiteurs de l'ECA

D : diurétiques, inhibiteurs directs de la rénine (direct renin inhibitors)

M : metformine

A : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine

N : anti-inflammatoires non stéroïdiens (non-steroidal anti-inflammatory drugs)

S : Inhibiteurs de la SGLT2

OÙ TROUVER PLUS DE RENSEIGNEMENTS

Diabète Canada a récemment mis à jour ses lignes directrices. La version 2018 mise à jour est accessible en ligne à l'adresse : <http://guidelines.diabetes.ca/cpg>. De plus, le Forum for Injection Technique (FIT) Canada a publié un document sur les meilleures pratiques de la technique d'injection.

RÉFÉRENCES :

www.merckmanuals.com www.guidelines.diabetes.ca www.fit4diabetes.com

MediSystem™
Pharmacy

A SHOPPERS DRUG MART COMPANY