

Traitements insuliniques du diabète de type 2 de la personne âgée

Introduire et adapter

Journée de la Société de Gériatrie de l'Est

Jeudi 19 octobre 2023, Mulhouse

Docteur Carole Greuez

Aucun lien d'intérêt avec la présentation

PLAN

Quelques notions de physiopathologie

Effets indésirables

Introduire une insulinothérapie : quand et comment

Différentes insulines disponibles en France

Adapter

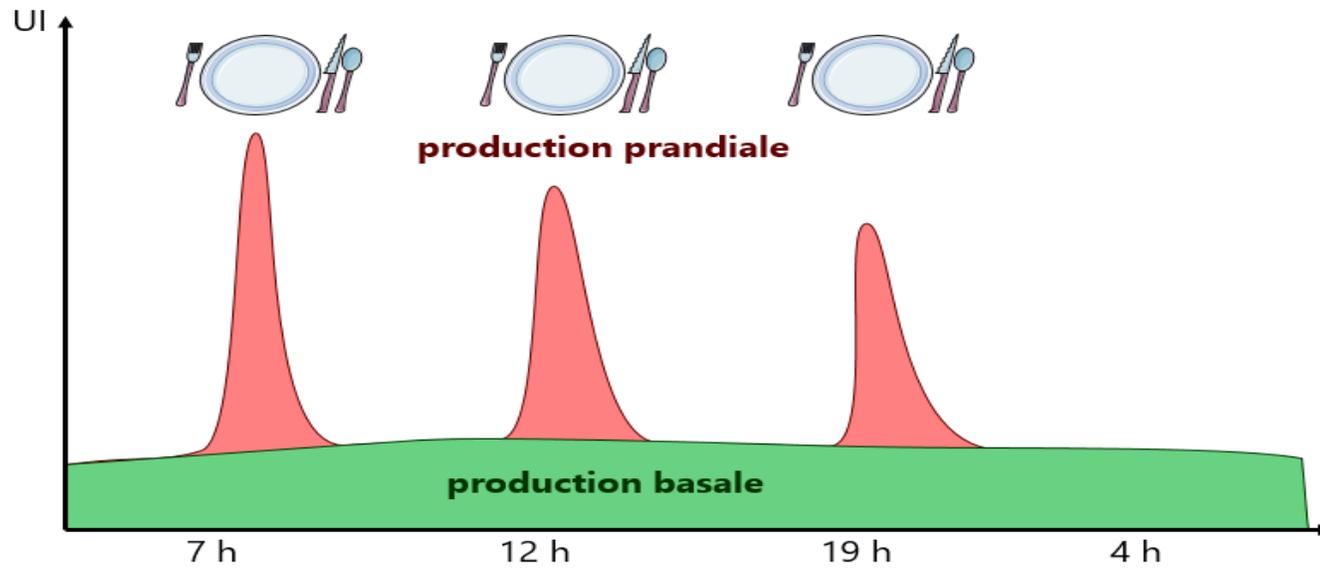
Freins potentiels à l'insulinothérapie

Avantages de l'insulinothérapie

Conclusion

PHYSIOPATHOLOGIE

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. These shapes are primarily located on the right side of the page, creating a modern, layered effect. The rest of the page is plain white.



Vieillesse du pancréas

Fonction exocrine préservée contrairement à la fonction endocrine

Insulinopénie « liée à l'âge »

diminution de la sécrétion d'insuline de 0,5% par année

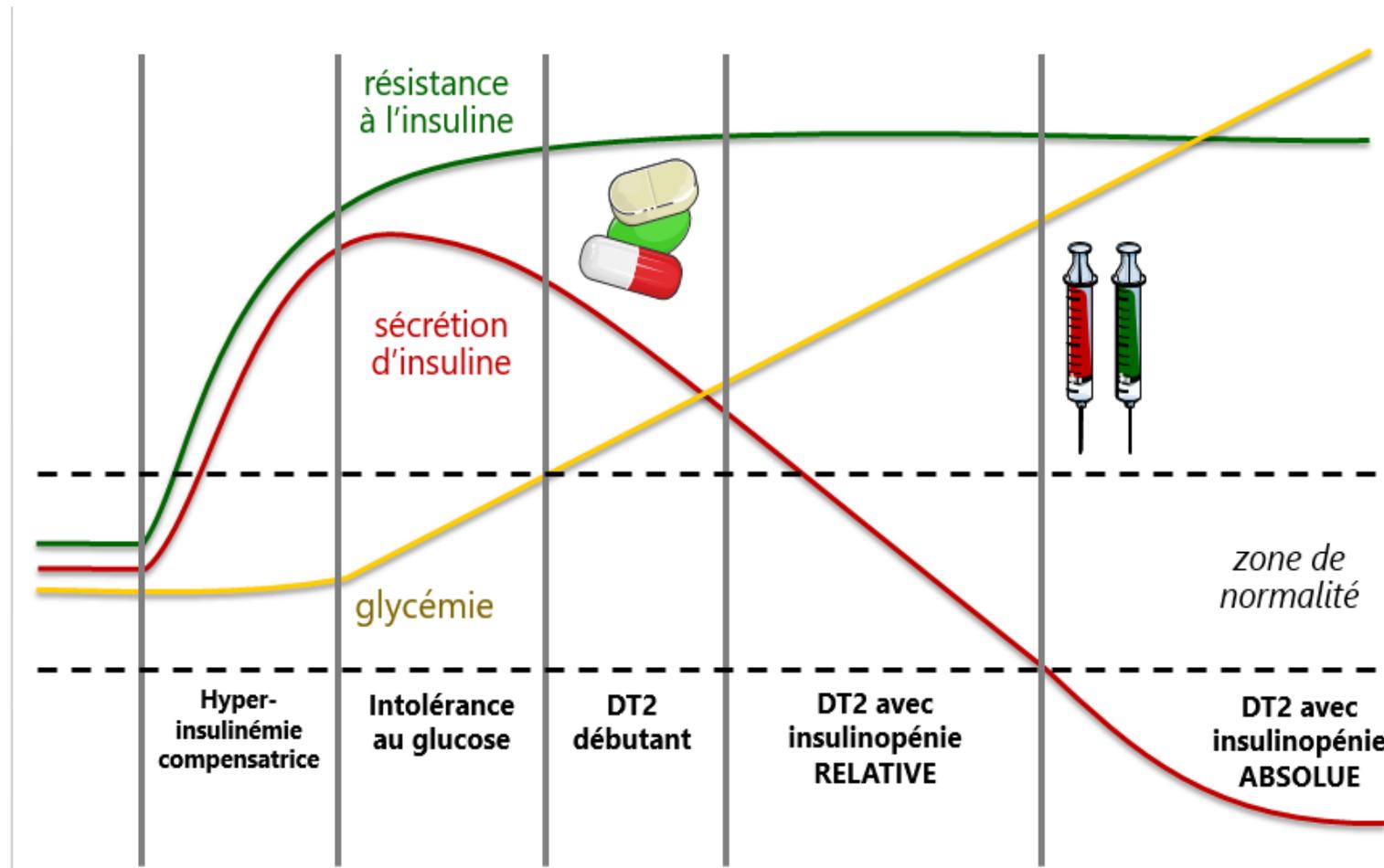
modification de structure et de fonctionnalité des îlots

réduction de la capacité proliférative des cellules B

augmentation du taux d'apoptose des cellules B

De plus, même sans diabète : phénomène d'**insulino-résistance** par augmentation de la masse grasse et diminution de la masse maigre

Histoire naturelle du diabète de type 2



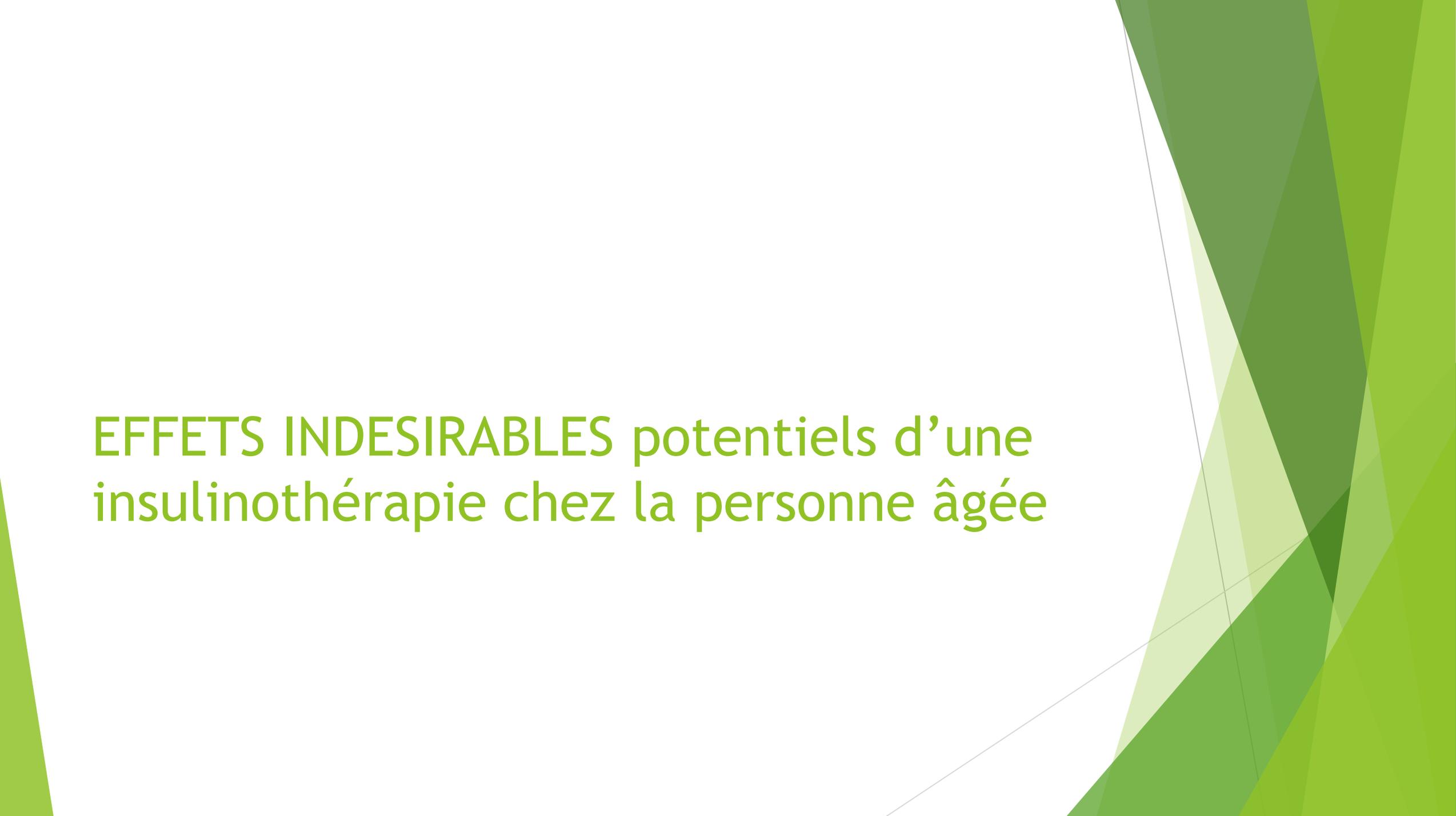
Signes d'insulinopénie

Polyurie

Polydyspie

Amaigrissement

Ancienneté du diabète > 10 ans

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. The shapes are primarily triangles and polygons, creating a dynamic, layered effect. The overall composition is clean and modern, with the text centered on a white background.

EFFETS INDESIRABLES potentiels d'une insulinothérapie chez la personne âgée

Hypoglycémie

Diminution intensité symptômes adrénergiques + effet retardé

Gravité des signes de neurogluopénie

Risque d'hypoglycémies non ressenties

Signes aspécifiques : sensation malaise, syndrome confusionnel, aggravation des TNC, signes neurologiques....

Réveils nocturnes

→ Objectifs glycémiques et protocoles individualisés

Effet Somogyi

Effet rebond post-hypoglycémique

Lors d'**hypoglycémies nocturnes**

- Sécrétion de glucagon, de cortisol, d'adrénaline et de GH
- Entraînant une **hyperglycémie matinale...**

Cercle vicieux si augmentation posologie insuline du soir !

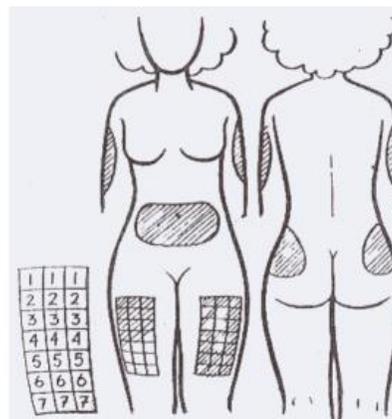
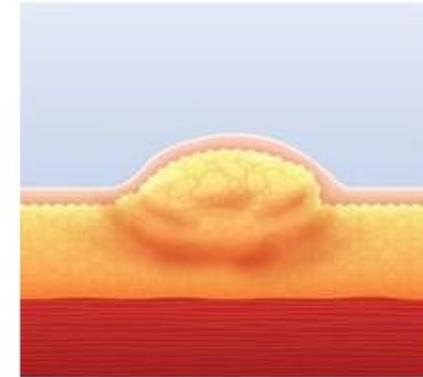
Lipodystrophies

Effet combiné :
Insuline (facteur de croissance)
+ traumatismes sur injections
répétées au même endroit

Injection dans une lipodystrophie :
résorption imprévisible de l'insuline

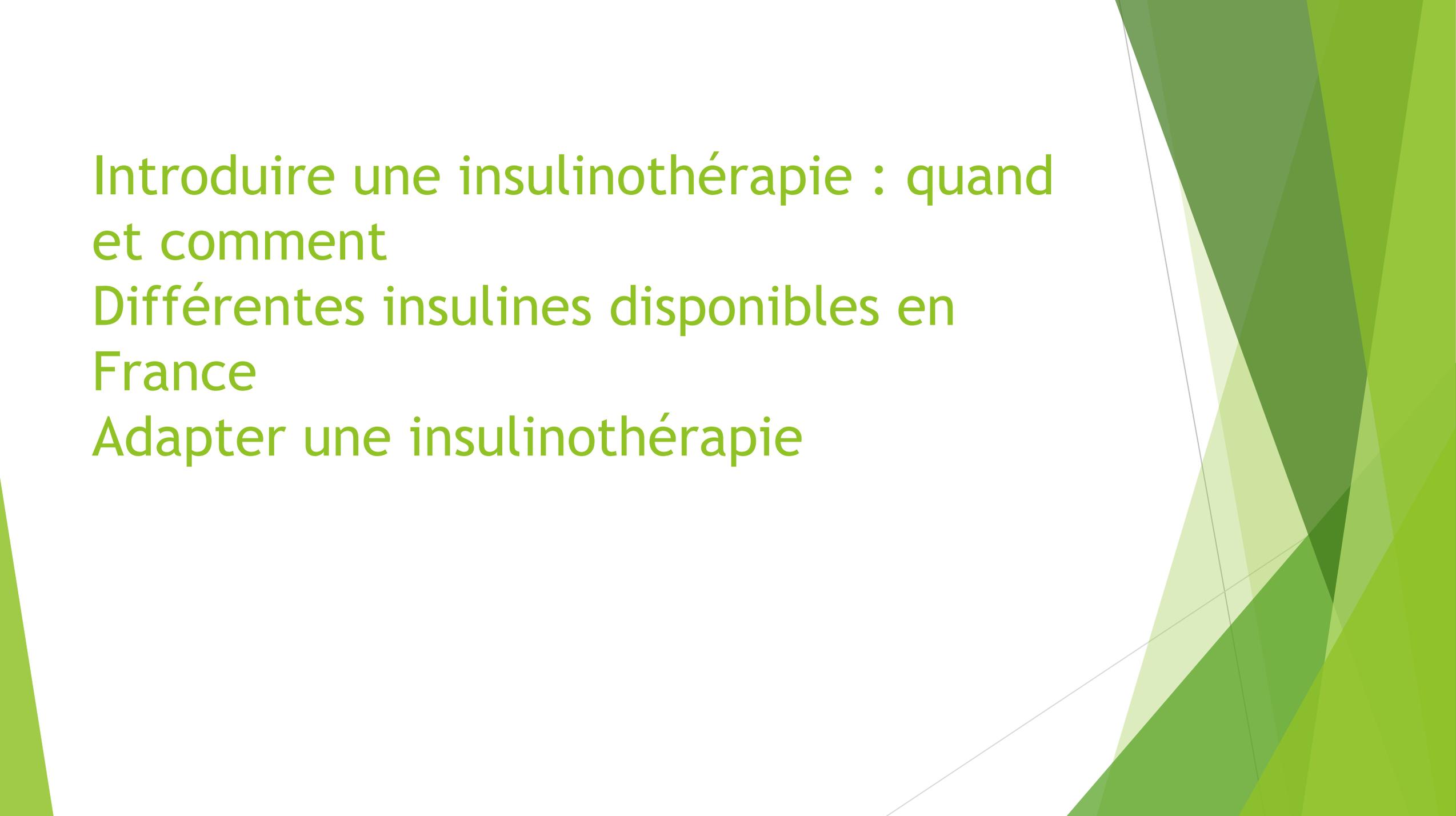
→ alternance d'hyper et d'hypoglycémies

VARIATION DES SITES D'INJECTION



Autres

- ▶ **Prise de poids sans induire d'anabolisme musculaire**
- ▶ Réaction au niveau site injection
- ▶ Allergie
- ▶ Mesures répétées glycémies capillaires entraînant une insensibilité digitale (intérêt de la mesure continue par Freestyle®)



Introduire une insulinothérapie : quand
et comment
Différentes insulines disponibles en
France
Adapter une insulinothérapie

Insuline humaine vs analogue :

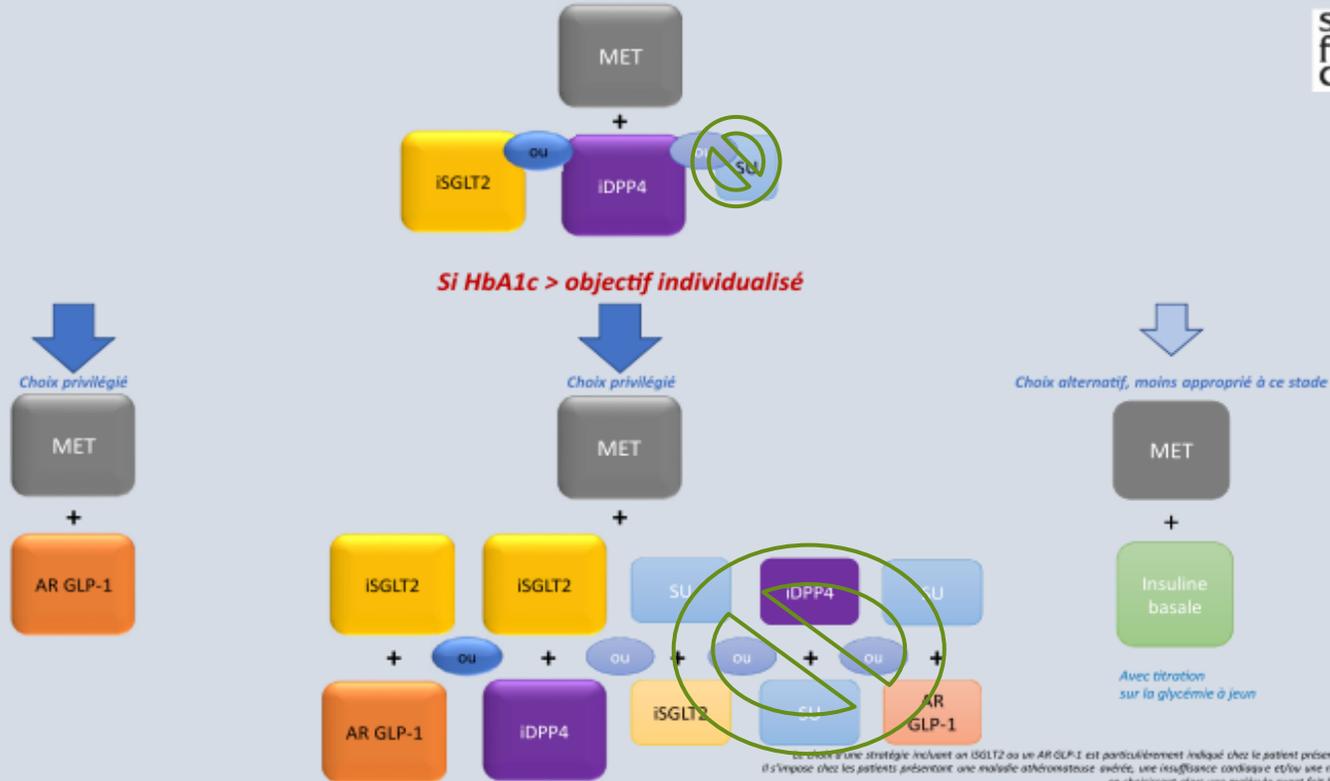
Insuline humaine : issue du génie génétique : insertion d'un gène codant pour les chaînes A et B de l'insuline humaine dans l'ADN de bactéries (E. Coli, Saccharomyces cerevisiae)

---> **Actrapid, Umuline, NPH...** Importante variabilité inter et intra-individuelle

Analogues de l'insuline humaine : issus du génie génétique où un ou plusieurs acides aminés de la protéine normale sont remplacés, en vue de modifier la cinétique et la solubilité de l'insuline.

Echec de bithérapie orale

Figure 2



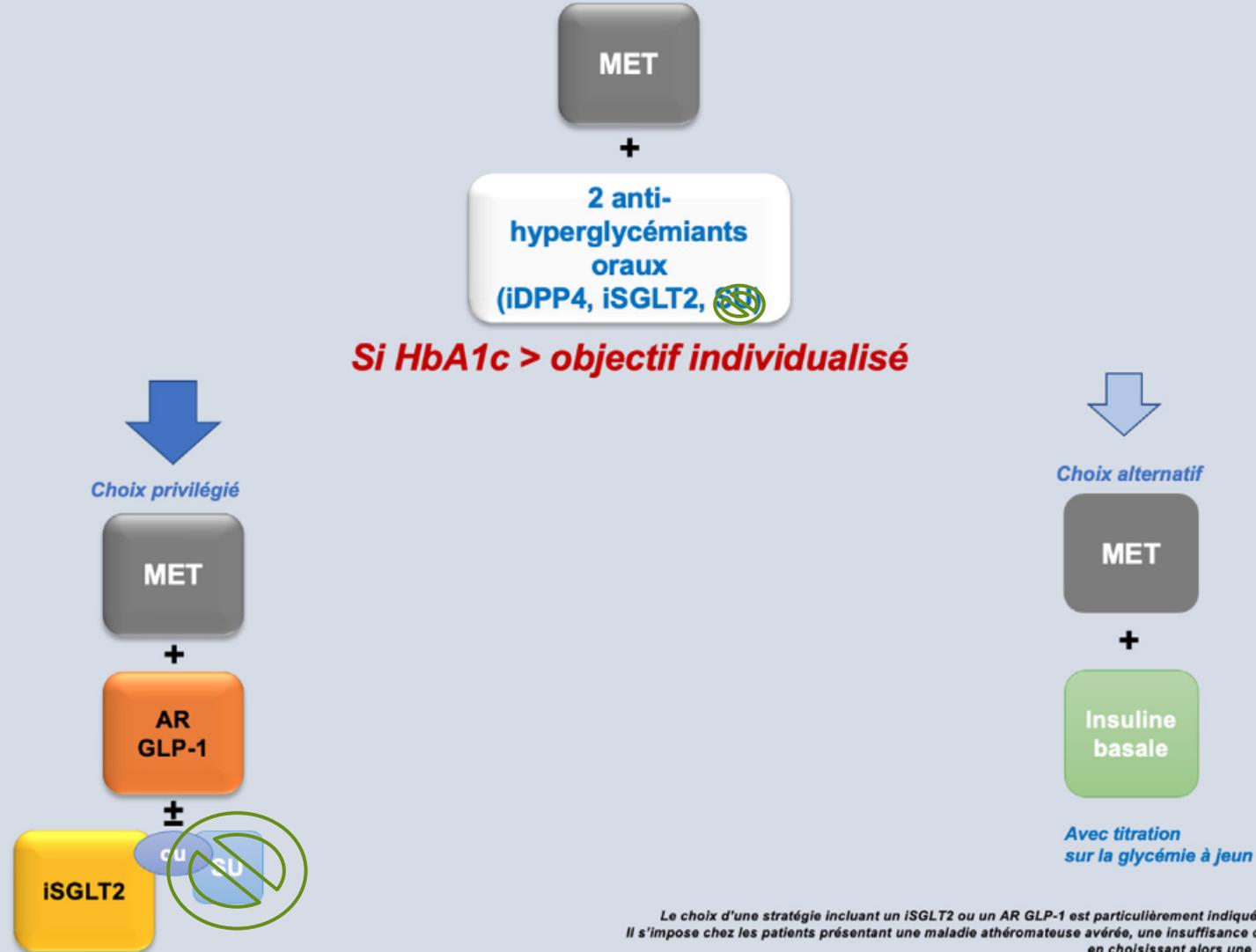
Si une stratégie incluant un ISGLT2 ou un AR GLP-1 est particulièrement indiquée chez le patient présentant un MAC ≥ 20 $\mu\text{g}/\text{m}^2$, il s'impose chez les patients présentant une maladie athéromateuse avérée, une insuffisance cardiaque et/ou une maladie rénale chronique, en choisissant alors une molécule ayant fait la preuve de son bénéfice.

Le choix d'une stratégie thérapeutique incluant un SU doit être évité chez le patient à risque d'hypoglycémie.

A ce jour, les associations ISGLT2 + IDPP4 et ISGLT2 + AR GLP-1 ne sont pas remboursées en France.

Echec de trithérapie orale incluant la metformine

Figure 4



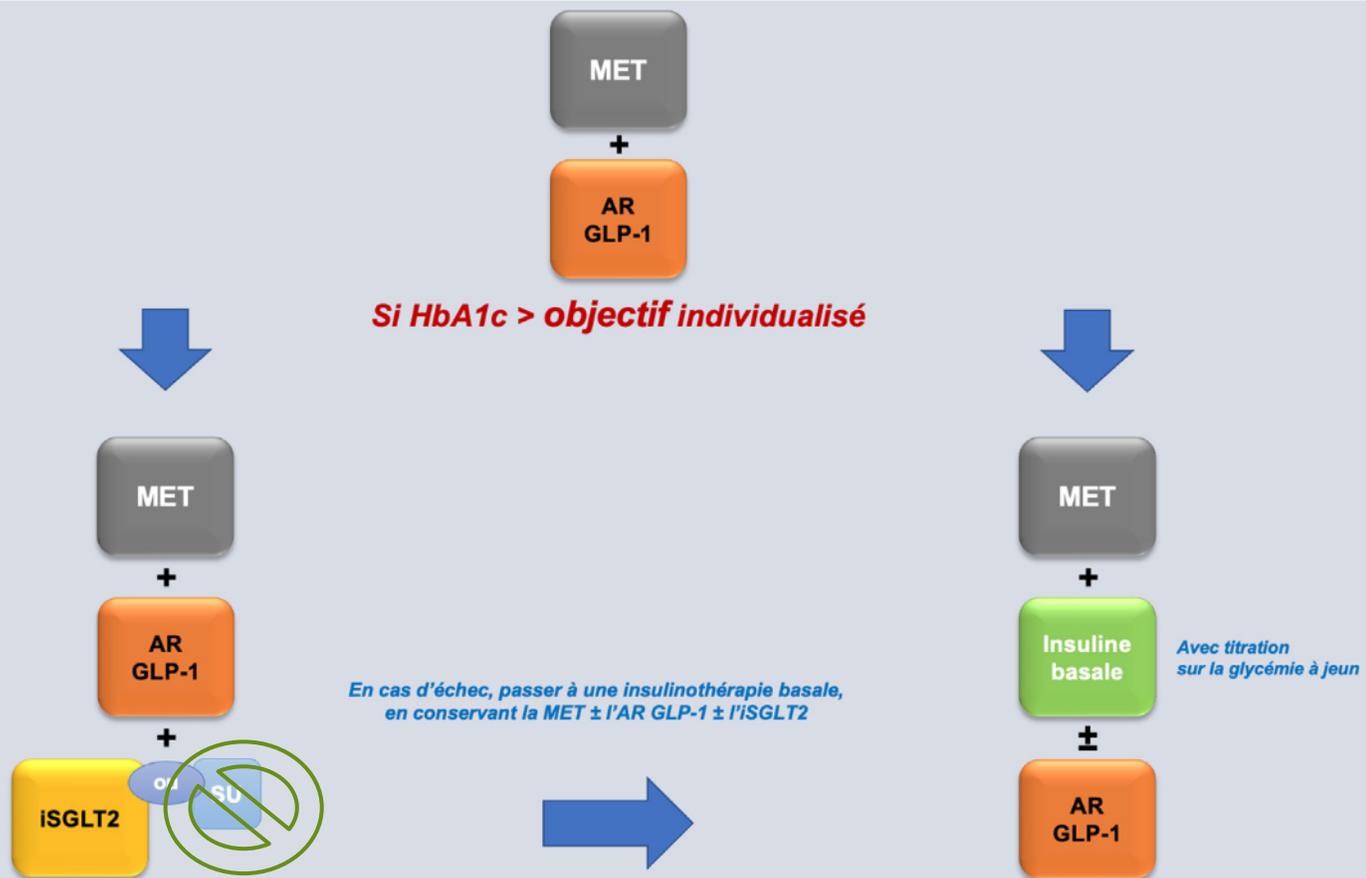
Le choix d'une stratégie incluant un iSGLT2 ou un AR GLP-1 est particulièrement indiqué chez le patient présentant un IMC ≥ 30 kg/m². Il s'impose chez les patients présentant une maladie athéromateuse avérée, une insuffisance cardiaque et/ou une maladie rénale chronique, en choisissant alors une molécule ayant fait la preuve de son bénéfice.

Le choix d'une stratégie thérapeutique incluant un SU doit être évité chez le patient à risque d'hypoglycémie.

A ce jour, les associations iSGLT2 + iDPP4 et iSGLT2 + AR GLP-1 ne sont pas remboursées en France.

Echec de bithérapie metformine + AR GLP-1

Figure 3



Le choix d'une stratégie incluant un ISGLT2 ou un AR GLP-1 est particulièrement indiqué chez le patient présentant un IMC ≥ 30 kg/m².
Il s'impose chez les patients présentant une maladie athéromateuse avérée, une insuffisance cardiaque et/ou une maladie rénale chronique,
en choisissant alors une molécule ayant fait la preuve de son bénéfice.
Le choix d'une stratégie thérapeutique incluant un SU doit être évité chez le patient à risque d'hypoglycémie.
A ce jour, l'association ISGLT2 + AR GLP-1 n'est pas remboursée en France.

Quand commencer ?

Si échec traitements oraux : privilégier analogue GLP1 avant insulinothérapie

SAUF :

Contre-indication

Ou

Mauvaise tolérance des traitements oraux

Ou

Limiter polymédication / interactions

ou

HbA1c >11%

Symptômes évocateurs d'une insulinopénie : perte de poids, polyurie, polydypsie...

Choisir le protocole d'insulinothérapie, en fonction :

- ▶ du contexte aigu ou non
- ▶ de l'ancienneté du diabète
- ▶ de la sévérité des complications du diabète
- ▶ de l'ancienneté du déséquilibre
- ▶ de la sévérité du déséquilibre
- ▶ de la préparation préalable à l'insulinothérapie
- ▶ de la compliance du patient, de son entourage...
- ▶ des ressources du patient, de son entourage, des professionnels en place ou à mettre en place

Cas clinique

On retrouve Mr H, 5 ans plus tard...

A 20 ans d'évolution de son diabète de type 2

A perdu du poids par rapport à la dernière fois, moins 15 kg

Insuffisance rénale stade 3b DFG 36 ml/min

Pas de nouvel épisode d'ischémie de membre, AOMI stable

Démence vasculaire installée avec MMS 19/30

Vit à domicile avec son épouse, passage IDE pour gérer les traitements, auxiliaire de vie pour une aide à la toilette

Marche avec une canne

Arrêt du Novonorm suite à des hypoglycémies

Arrêt de l'analogue R GLP1 suite à une pancréatite il y a 1 an

Sous Metformine 500mg 2/jour, HbA1c 11% → ajout d'une insuline ???

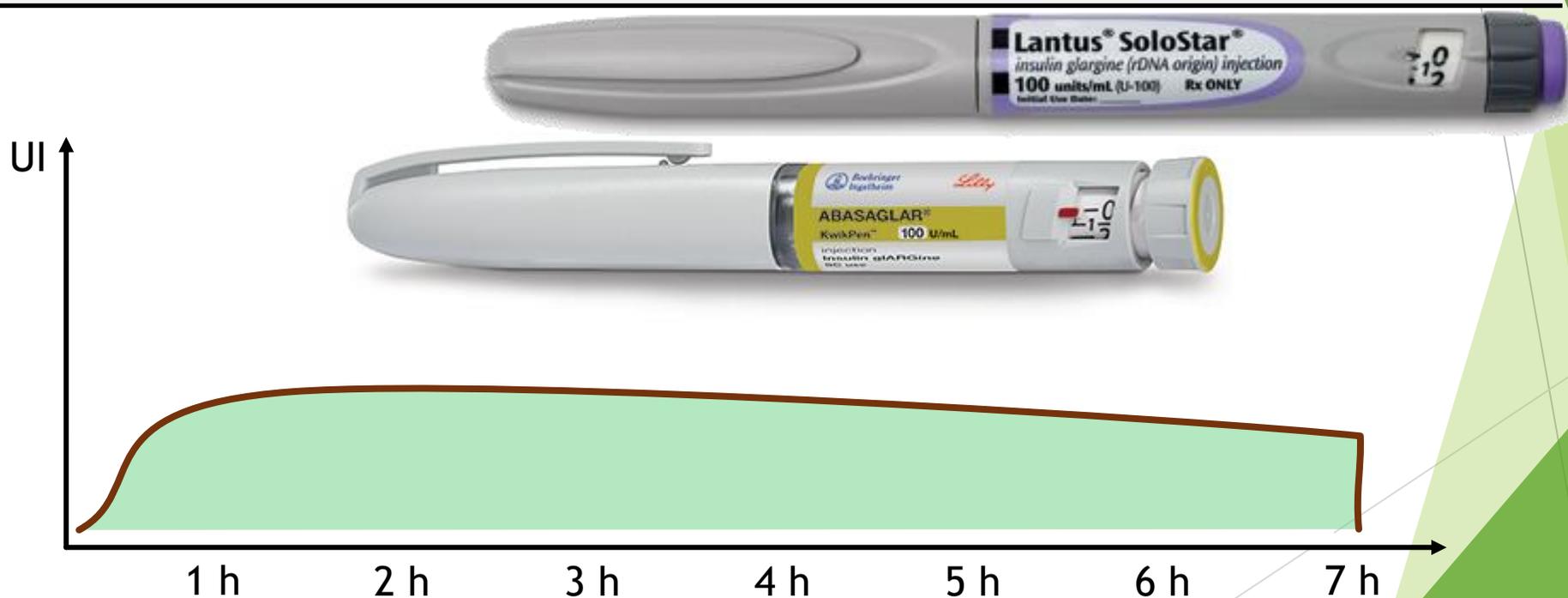


ANALOGUE D'INSULINE D'ACTION LENTE - GLARGINE 100

<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
-----------------------	---------------------	-----------------------	--------------------------------

1 heure 30	pas de pic	24 heures	LANTUS [°] ABASAGLAR [°]
------------	------------	-----------	---

<i>Notes</i>	Injection indépendante des repas, mais à heure fixe (± 1 heure) Concentration à 100 U/mL		
--------------	--	--	--



ANALOGUE D'INSULINE D'ACTION LENTE - GLARGINE 300 « HYPERCONCENTRÉE »

<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
-----------------------	---------------------	-----------------------	--------------------------------

1 heure 30

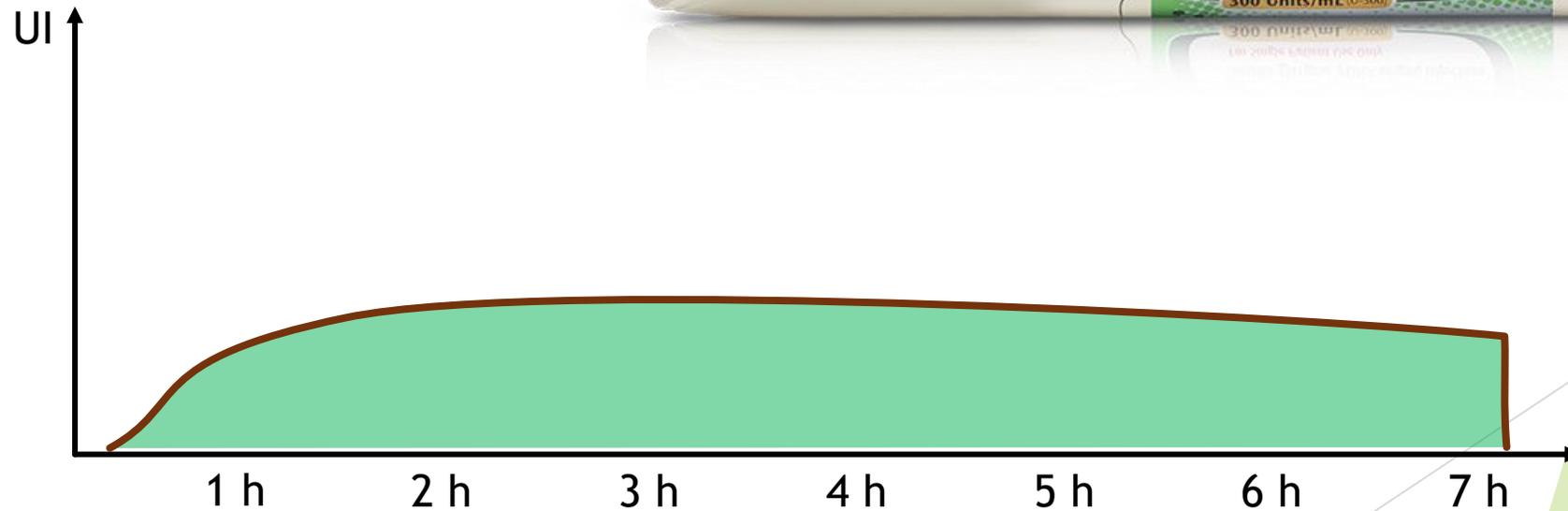
pas de pic

36 heures

TOUJÉO°

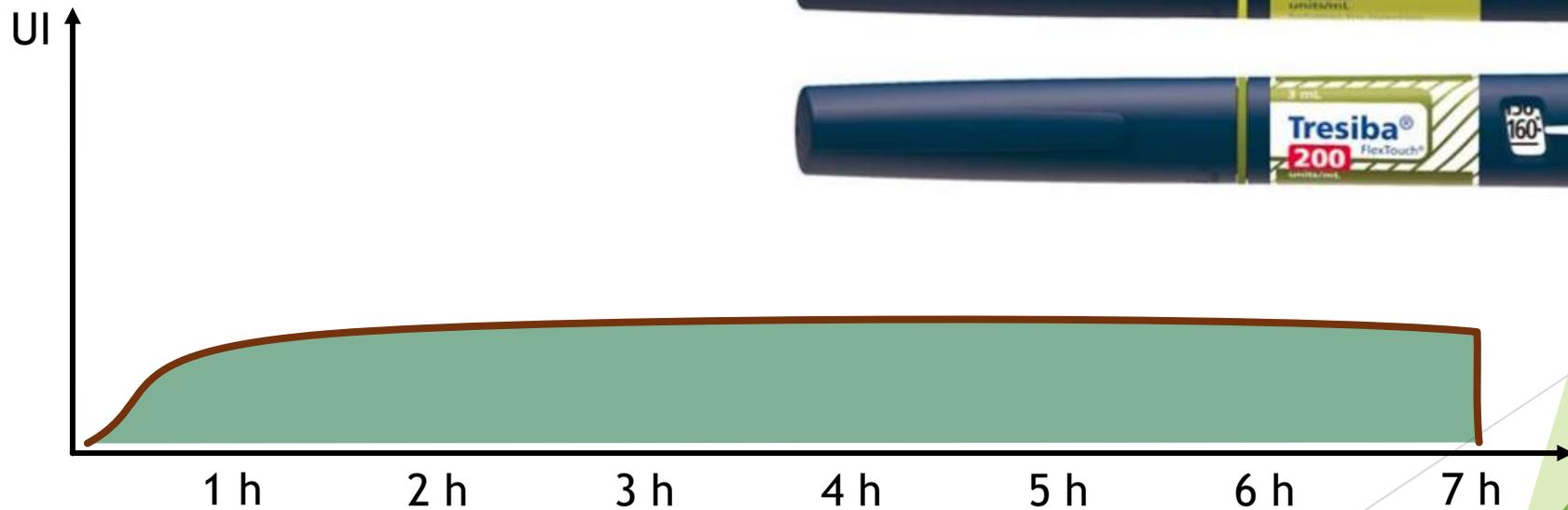
Notes

Injection indépendante des repas, mais à heure fixe (± 3 heures)
Concentration à 300 U/mL



ANALOGUE D'INSULINE D'ACTION ULTRA-LENTE (DEGLUDEC)

<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
2 heures	pas de pic	36 heures	TRESIBA [®]
<i>Notes</i>	Injection indépendante des repas, mais à heure fixe (± 3 heures) Concentrations : 100 ou 200 U/mL		



ANALOGUE INSULINE LENTE et ULTRA LENTE

Le must-have pour les injections basales

« Une analyse d'études cliniques regroupées a montré chez les sujets jeunes (< 80 ans), une meilleure réduction de l'HbA1c avec moins d'hypoglycémie avec la glargine au coucher par rapport à l'insuline NPH en complément d'un traitement oral »

« L'insuline glargine 300U/ml ou degludec-100 peut induire moins d'hypoglycémie nocturne que la glargine à 100U/ml »

« Aucune différence significative n'a été constatée en matière de contrôle glycémique ou de risque d'hypoglycémie entre le dégludec-100 et la glargine-300, tous deux ayant une durée d'action plus longue que la glargine-100 »

Étapes principales pour la prise en charge par les soins primaires des personnes âgées atteintes de diabète de type 2 Une prise de position commune de la Société européenne de médecine gériatrique (EuGMS) et du Groupe de travail européen sur le diabète pour les personnes âgées (EDWPOP)



Comment ?

Protocole BASAL

Opter en première intention pour une **insulinothérapie basale** (En dehors épisode aigue pouvant nécessiter protocole basal-bolus transitoire)

Analogue insuline lente ou **ultra-lente** (LANTUS°, ABASAGLAR°, **TOUJEO°**, TRESIBA °)

En une injection, de préférence le matin si lente

A heure fixe +/- 1 heure ou +/- 3 heures pour la TRESIBA° et la TOUJEO°

0,1 à 0,2 UI/kg/jour

6 à 12 UI par jour pour les patients naïfs d'insuline

Maintien possible de certains ADO insulino-sensibilisateurs : METFORMINE

Maintien iSGLT2 et AR-GLP1 si maladie cardiovasculaire avérée, insuffisance cardiaque et/ou de maladie rénale chronique

Protocole basal

En général suffisant pour atteindre les objectifs glycémiques d'une personne âgée

En fonction de l'ampleur du déséquilibre :

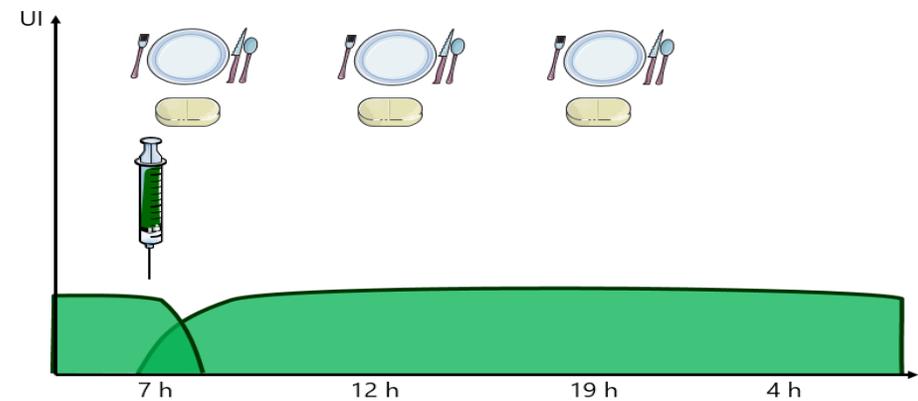
une seule glycémie par jour, le matin à jeun strict

Ou d'emblée 3 glycémies préprandiales par jour

Si apparition d'hyperglycémies le matin à jeun,

Essayer faire glycémie **nocturne**

PROTOCOLE BASAL



Adaptation des doses de basale

- ▶ Si la glycémie à jeun est inférieure à 80 mg/dL :
 - ▶ Faire injection en diminuant de 2 UI
 - ▶ cette diminution sera répercutée sur les jours suivants et deviendra la nouvelle dose habituelle
- ▶ Si la glycémie à jeun est comprise entre 80 et 150 mg/dL :
 - ▶ faire l'injection à la dose habituelle
- ▶ Si la glycémie à jeun est supérieure à 150 mg/dL pendant 3 jours consécutifs :
 - ▶ faire l'injection en augmentant la dose habituelle de 2 UI
 - ▶ cette augmentation sera répercutée sur les jours suivants et deviendra la nouvelle dose habituelle
 - ▶ un délai de 3 jours sera attendu avant toute nouvelle augmentation de la dose, surtout si insuline ultra lente

Cas clinique

Introduction de Tresiba® ou Toujeo®

10 UI le matin avec surveillance glycémie à jeun

GLYCEMIES	MATIN	MIDI	SOIR
Lundi	3	Majoration + 2UI	
Mardi	2,2		
Mercredi	2		
Jeudi	1,7		
Vendredi	0,7	Baisse de 2 UI	
Samedi	1,5		



Cas clinique

6 mois plus tard

Persistance d'hyperglycémie à jeun

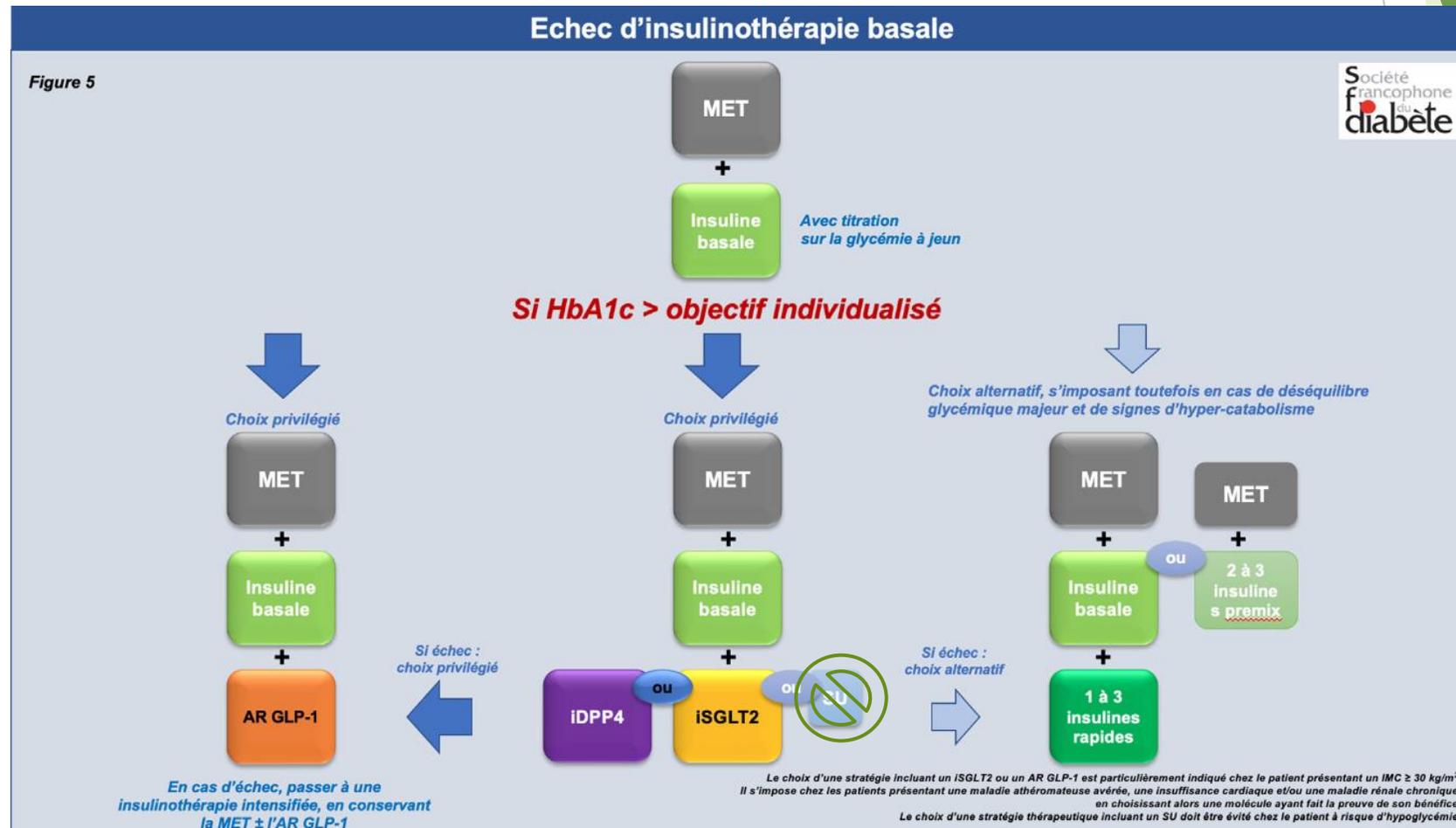
Actuellement Tresiba® 24 UI le matin



GLYCEMIES	MATIN	MIDI	SOIR	NUIT
Lundi	3			
Mardi	1,9			0,9
Mercredi	2,9			
Jeudi	2,1	3	2,9	1,2
Vendredi	1,9	2,8	2,5	0,4
Samedi	4			



Si échec protocole basal, intensification du traitement

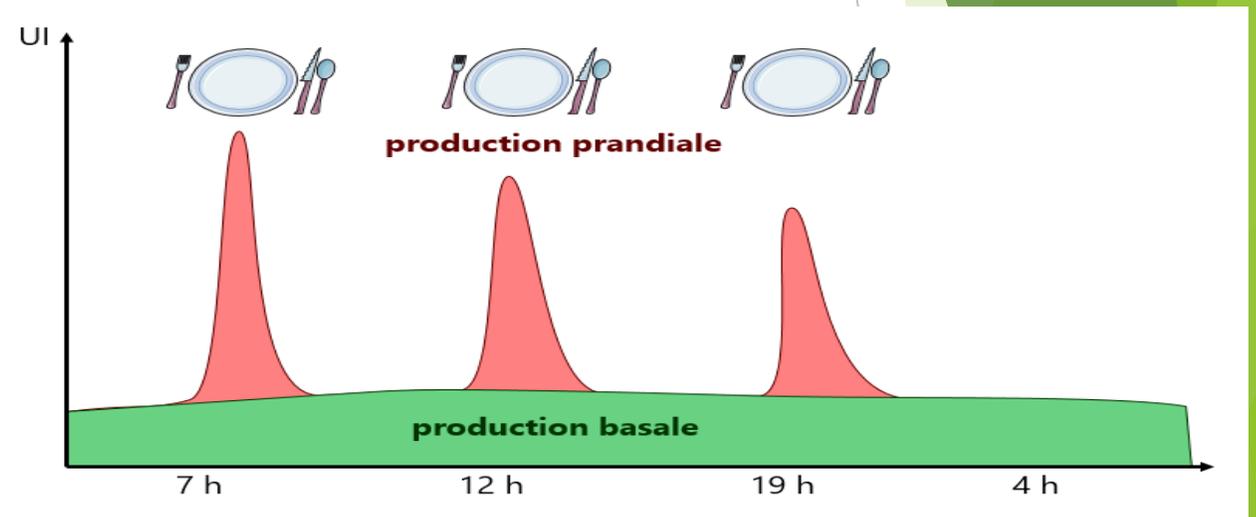


Si déjà sous MET+ INSULINE BASALE + AR-GLP1

Ou si impossibilité ajouter AR-GLPP1

Nécessité ajouter insuline prandiale

Essayer d'abord avec une seule injection...



PROTOCOLE BASAL-PLUS

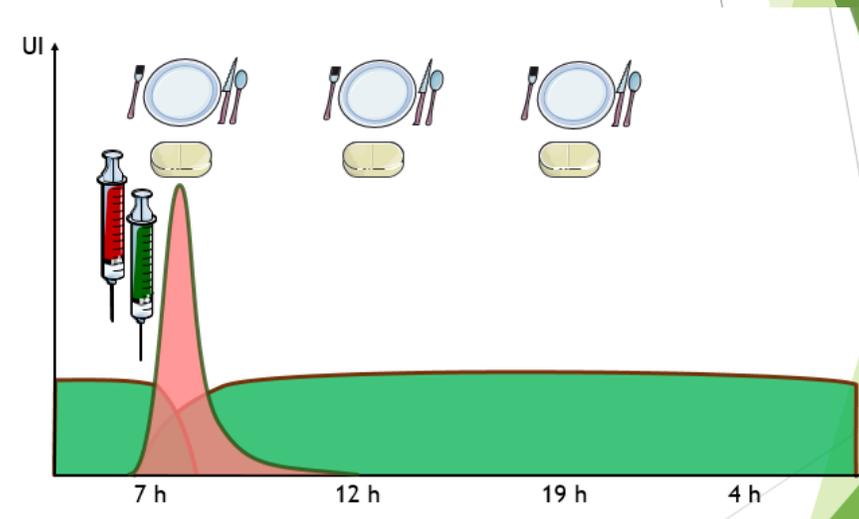
Si l'analyse des glycémies capillaires préprandiales permet de mettre en évidence un repas particulièrement hyperglycémiant par rapport aux autres
(généralement petit-déjeuner)

→ recourir au **protocole basal-plus**

Protocole BASAL avec insuline lente
PLUS une injection d'analogue de rapide
avant le repas qui va provoquer l'hyperglycémie

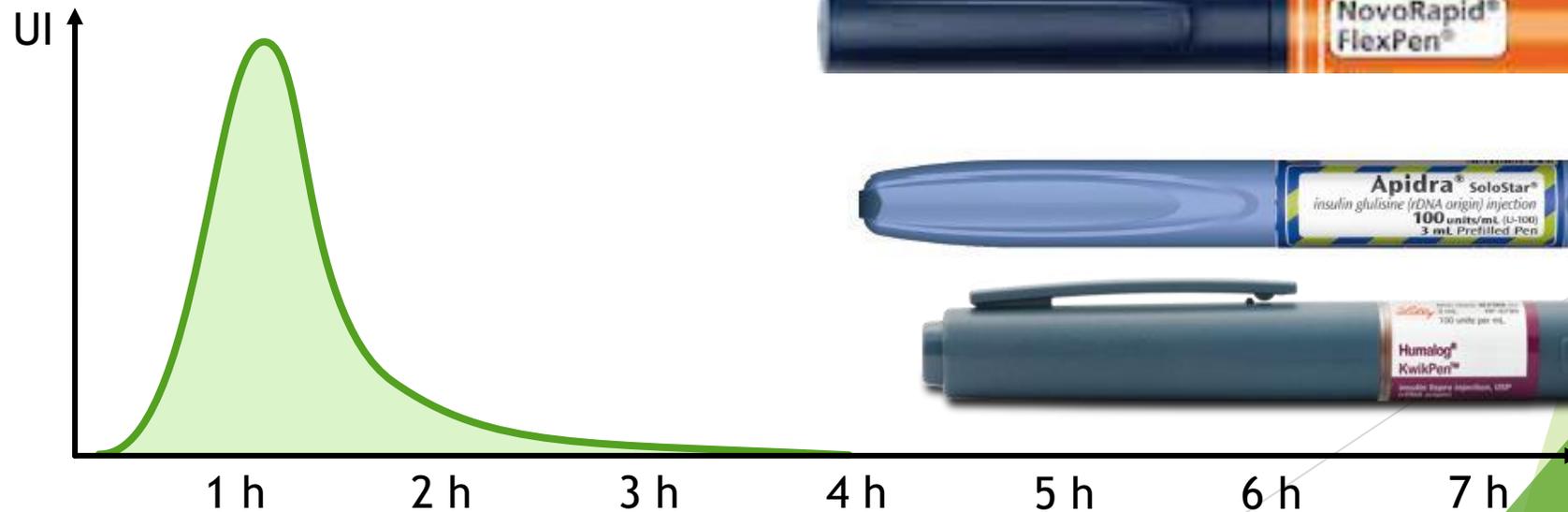
ANTICIPATION de l'effet hyperglycémiant de ce repas

Surveillance par 3 glycémies préprandiales par jour



ANALOGUES D'INSULINE RAPIDE

<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
5 à 15 min	1 à 2 heures	3 à 5 heures	NOVORAPID° HUMALOG° (100 ou 200 U/mL) APIDRA°
<i>Notes</i>	Injection à faire au moment du repas Compatible avec les pompes à insuline		



Cas clinique

Hospitalisation de Mr H pour une chute nocturne avec station au sol prolongée
Insuffisance rénale aigüe sur rhabdomyolyse

→ Suspension Metformine

Introduction protocole basal-bolus nécessaire le temps de l'épisode aigüe

Pas de Tresiba® à l'hôpital, relais par Abasaglar®

Protocole insuline rapide 3 fois par jour selon les glycémies



Si échec du protocole BASAL-PLUS (déséquilibre important, fluctuations glycémiques amples) :

Ajouter des injections supplémentaires d'insuline prandiale (2 puis 3 injections..)

Ou en cas d'épisode aigu nécessitant une insulinothérapie transitoire

→ **Protocole basal-bolus**

PROTOCOLE BASAL-BOLUS

Protocole BASAL avec insuline lente

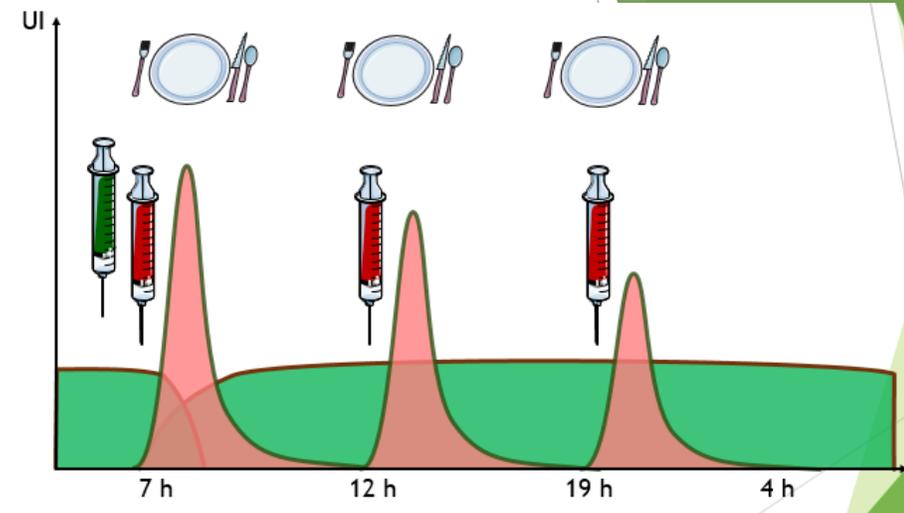
plus trois BOLUS d'analogues de rapide

avant chacun des 3 principaux repas en fonction des glycémies du moment

Deux composantes dans un bolus :

RATTRAPAGE glycémie + **ANTICIPATION** de l'effet hyperglycémiant de chaque repas

Surveillance par 3 glycémies préprandiales par jour ou mesure en continu du glucose interstitiel



Quelle posologie pour les bolus ?



Quelle posologie pour les bolus ?

Dépend de la glycémie

De l'insulinorésistance du patient

De son poids

De ce qu'il mange....

Protocole à dose fixe intéressant si glycémies du patient superposables d'un jour à l'autre et si prises alimentaires régulières

Sinon proposer **protocole à dose variable**

Quelle posologie pour les bolus ?

Exemple protocole dose variable :

Glycémie préprandiale entre 80-150 mg/dl : 6 UI

150-180 mg/dl : 7UI

180-210 mg/dl : 8 UI

Etc

Commencer petit et adapter...

INSULINE SC NOVORAPID X3/J - PROTOCOLE FIXE MATIN/MIDI/SOIR (V.1)

Consignes de prescription:

Le nombre d'UI d'insuline rapide est à renseigner dans chaque case par la prescripteur au moment de la prescription

J1 le lundi 16/10/2023 20:00 au mardi 17/10/2023 19:59

Insuline aspart 100 U/ml solution injectable action rapide - voie SC

HL NOVORAPID FLEXPEN 100U/ML INJ 3ML

Matin, Midi, Soir

pendant tout le séjour
à partir du 16/10/2023 20:00

U de INSULINE ASPARTE

SI si Dextro < 0.8g/L

U de INSULINE ASPARTE

SI si 0.8g/L <= dextro < 1.3g/L

U de INSULINE ASPARTE

SI si 1.3g/L <= dextro < 1.8g/L

U de INSULINE ASPARTE

SI si 1.8g/L <= dextro < 2.3g/L

U de INSULINE ASPARTE

SI si 2.3g/L <= dextro < 2.8g/L

U de INSULINE ASPARTE

SI si Dextro >= 2.8g/L

Glycémie capillaire préprandiale

Matin, Midi, Soir

pendant tout le séjour
à partir du 16/10/2023 20:00

INSULINE SC NOVORAPID X3/J - PROTOCOLE VARIABLE MATIN/MIDI/SOIR V.2 (V.1)

J1 le lundi 16/10/2023 20:00 au mardi 17/10/2023 19:59

Insuline aspart 100 U/ml solution injectable action rapide - voie SC

INSULINE ASPARTE SAF 100U/ML INJ 3ML

Matin

0 U de INSULINE ASPARTE

SI

Dextro < 0.8 g/L

6 U de INSULINE ASPARTE

SI

0.8 g/L < ou = dextro < 1.3 g/L

7 U de INSULINE ASPARTE

SI

1.3 g/L < ou = dextro < 1.8 g/L

8 U de INSULINE ASPARTE

SI

1.8 g/L < ou = dextro < 2.3 g/L

9 U de INSULINE ASPARTE

SI

2.3 g/L < ou = dextro < 2.8 g/L

10 U de INSULINE ASPARTE

SI

Dextro > ou = 2.8 g/L

Midi

0 U de INSULINE ASPARTE

SI

Dextro < 0.8 g/L

4 U de INSULINE ASPARTE

SI

0.8 g/L < ou = dextro < 1.3 g/L

5 U de INSULINE ASPARTE

SI

1.3 g/L < ou = dextro < 1.8 g/L

6 U de INSULINE ASPARTE

SI

1.8 g/L < ou = dextro < 2.3 g/L

7 U de INSULINE ASPARTE

SI

2.3 g/L < ou = dextro < 2.8 g/L

8 U de INSULINE ASPARTE

SI

Dextro > ou = 2.8 g/L

Soir

0 U de INSULINE ASPARTE

SI

Dextro < 0.8 g/L

2 U de INSULINE ASPARTE

SI

0.8 g/L < ou = dextro < 1.3 g/L

3 U de INSULINE ASPARTE

SI

1.3 g/L < ou = dextro < 1.8 g/L

4 U de INSULINE ASPARTE

SI

1.8 g/L < ou = dextro < 2.3 g/L

5 U de INSULINE ASPARTE

SI

2.3 g/L < ou = dextro < 2.8 g/L

6 U de INSULINE ASPARTE

SI

Dextro > ou = 2.8 g/L

Cas clinique

Glycémies de Mr H

	MATIN	INSULINE	MIDI	INSULINE	SOIR	INSULINE	NUIT
Lundi	1,2	Lente 20 UI Rapide 6 UI	2,5	Rapide 8 UI	2,4	Rapide 6 UI	

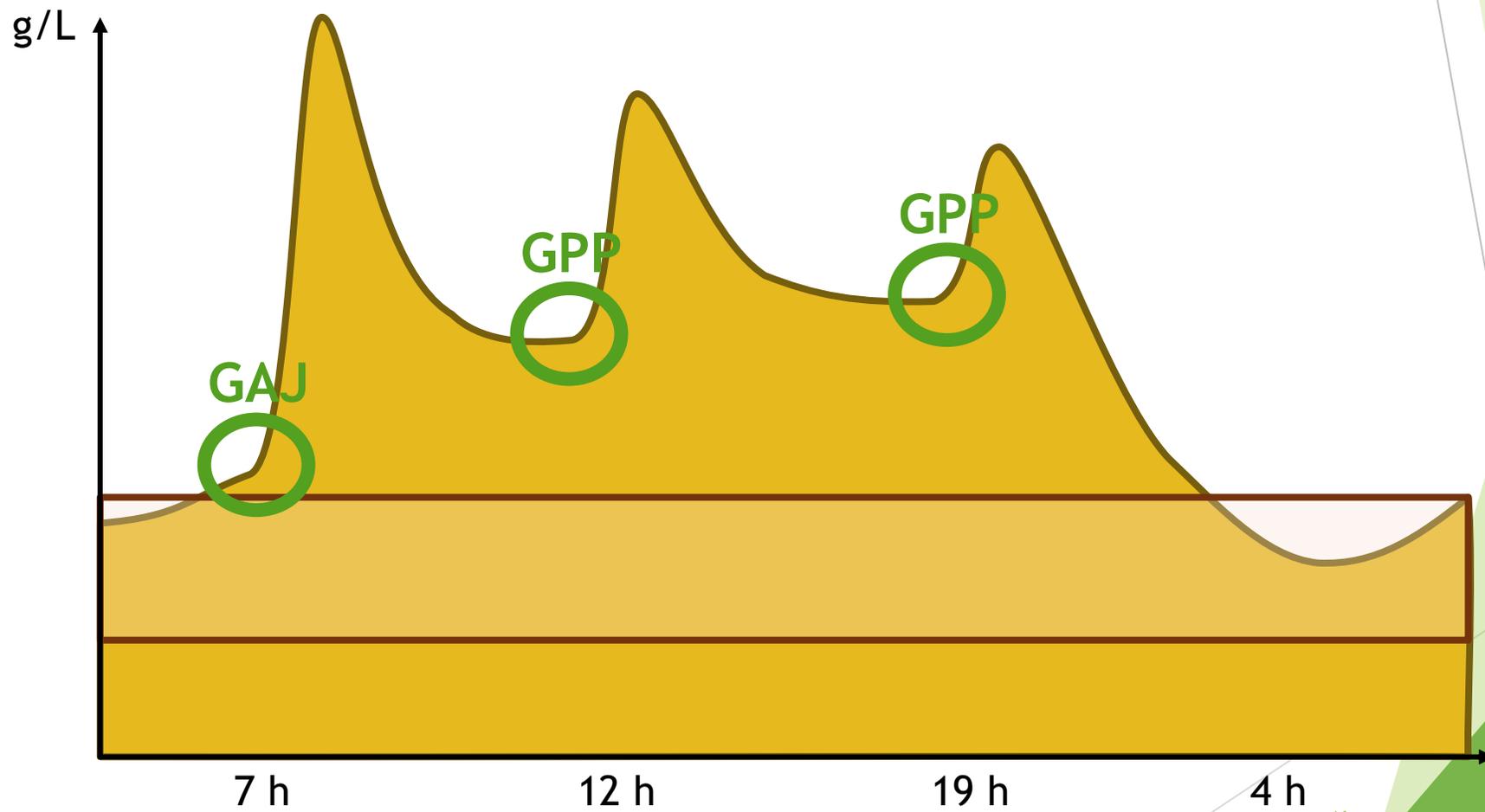
Cas clinique

Glycémies de Mr H

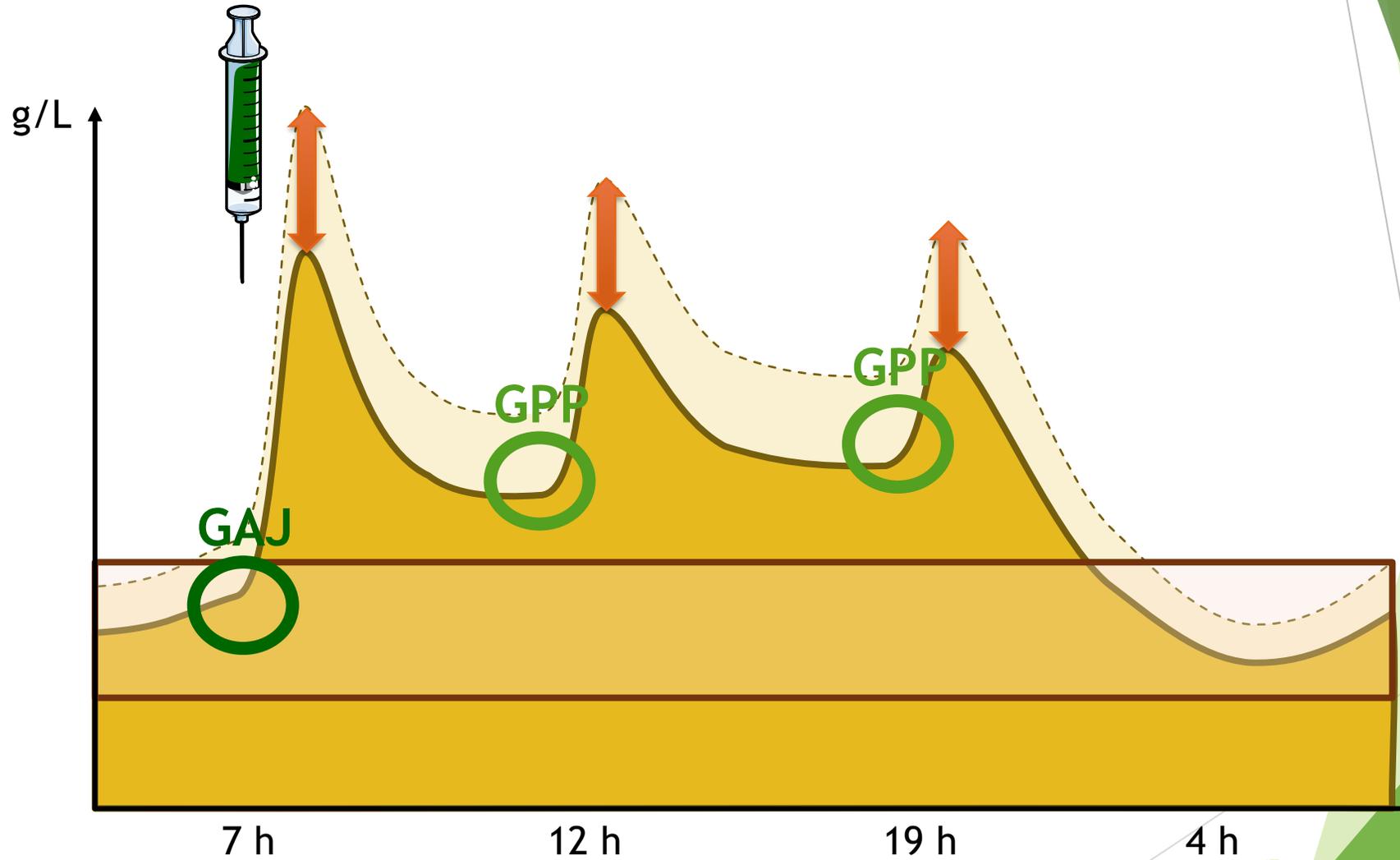
	MATIN	INSULINE	MIDI	INSULINE	SOIR	INSULINE	NUIT
Lundi	1,2	Lente 20 UI Rapide 6 UI	2,5	Rapide 8 UI	2,4	Rapide 6 UI	
Mardi	1,3	Lente 20 UI Rapide 8 UI	1,4	Rapide 8 UI	1,5	Rapide 6 UI	

Pour résumer...

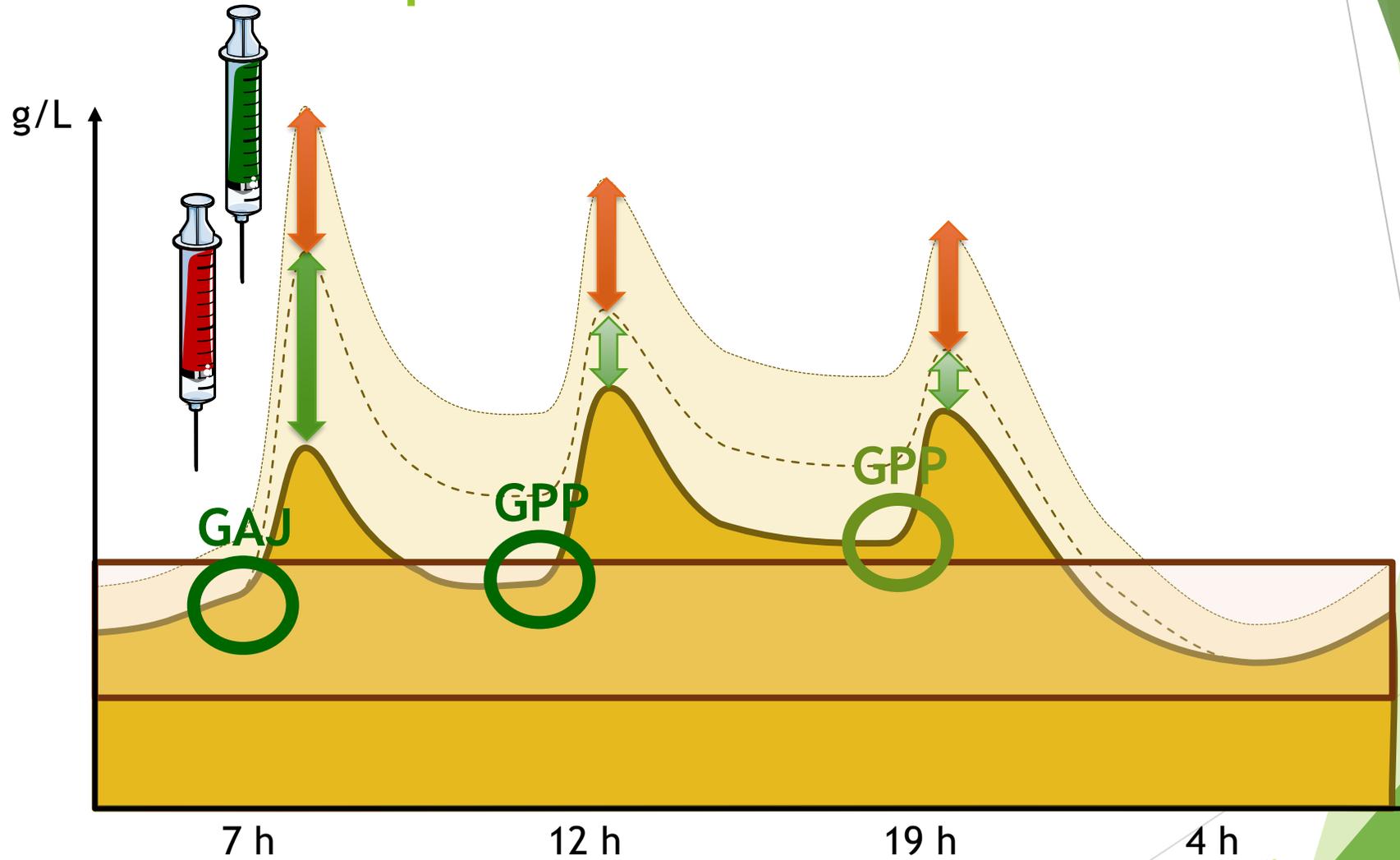




Protocole basal



Protocole basal-plus



Protocole basal + 2 injections
Protocole basal-bolus...

Autres insulines disponibles



Combinaison :

Analogue INSULINE ultra-lente + AR-GLP1

- ▶ Liraglutide + insuline dégludec (XULTOPHY®) :
 - ▶ 1 injection par jour
 - ▶ 1 dose unitaire = 1 U d'insuline dégludec + 0,036 mg de liraglutide
 - ▶ dose initiale :
 - ▶ 10 DU en add-on ou en relai d'ADO
 - ▶ 16 DU en relai d'un aGLP1 ou d'une insulinothérapie
 - ▶ dose maximale de 50 DU (50 UI d'IDeg + 1,8 mg de liraglutide)
 - ▶ pas recommandé dans l'insuffisance rénale terminale



INSULINE RAPIDE

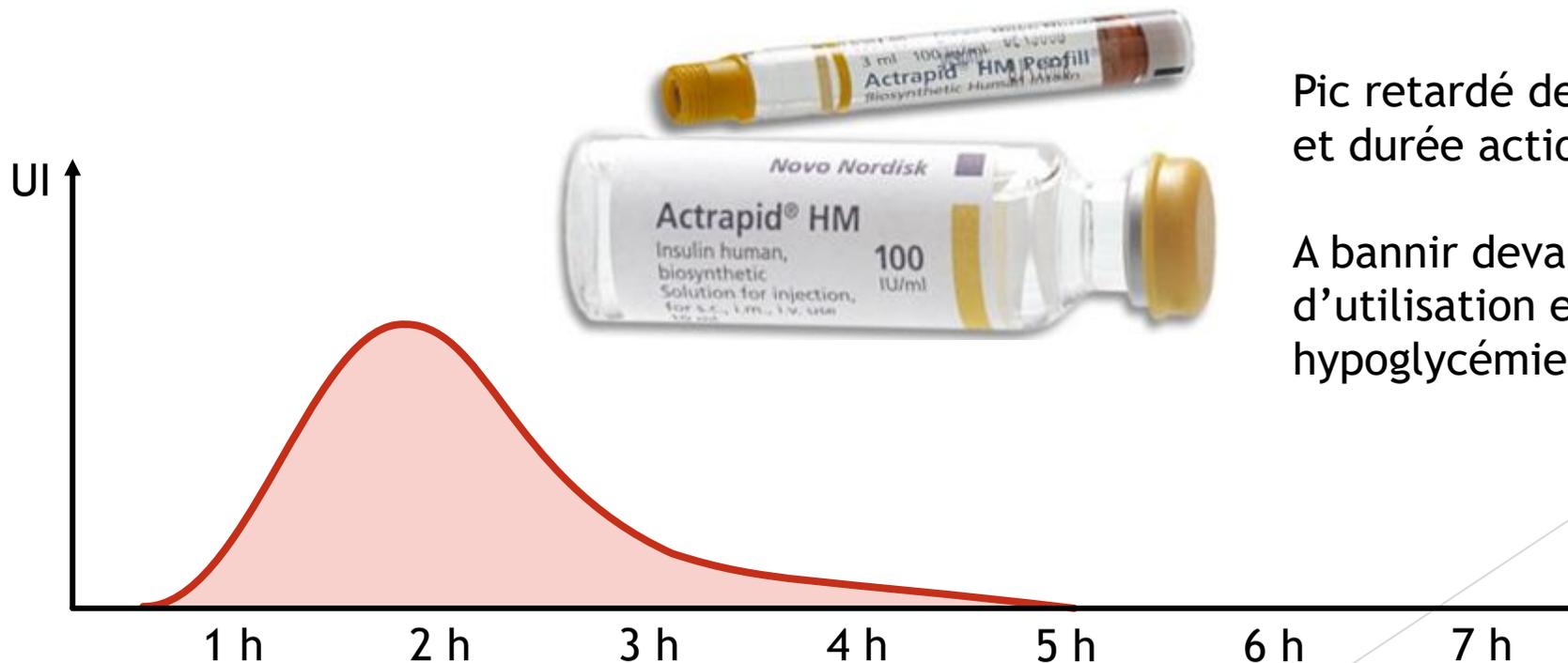
<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
15 à 30 min	1 à 3 heures	4 à 6 heures	ACTRAPID [®] UMULINE RAPIDE [®]

Notes Injection à faire 20 à 30 minutes avant les repas



Pic retardé de l'ordre d'une heure
et durée action longue

A bannir devant difficultés
d'utilisation et risque
hypoglycémie



INSULINE INTERMÉDIAIRE (PROTAMINE + ZINC)

<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
-----------------------	---------------------	-----------------------	--------------------------------

1 heure

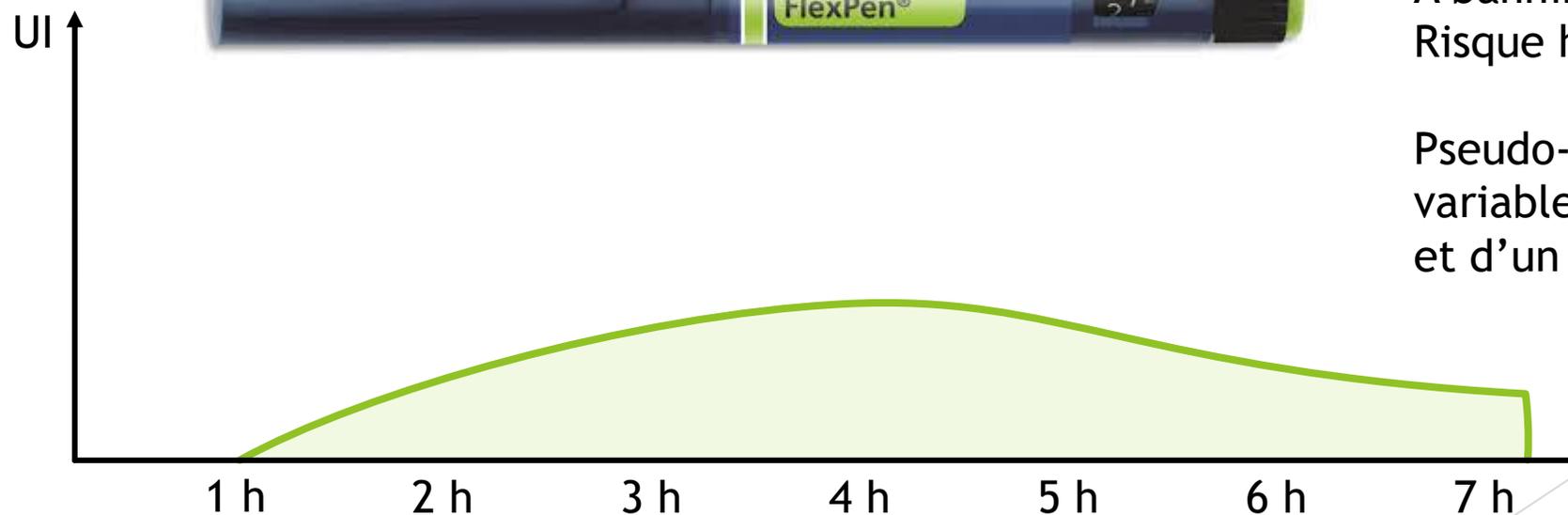
2 à 8 heures

10 à 12 heures

UMULINE NPH°
INSULATARD°

Notes

Insuline laiteuse -> bien agiter avant son utilisation



A bannir
Risque hypoglycémie +++

Pseudo-pic retardé,
variable d'un jour à l'autre
et d'un patient à l'autre

ANALOGUE LENT vs NPH

« Chez les diabétiques de type 2 âgés, les analogues de l'insuline à action prolongée semblent présenter des avantages par rapport à l'insuline NPH en termes de réduction des visites aux urgences ou des taux d'hospitalisation »

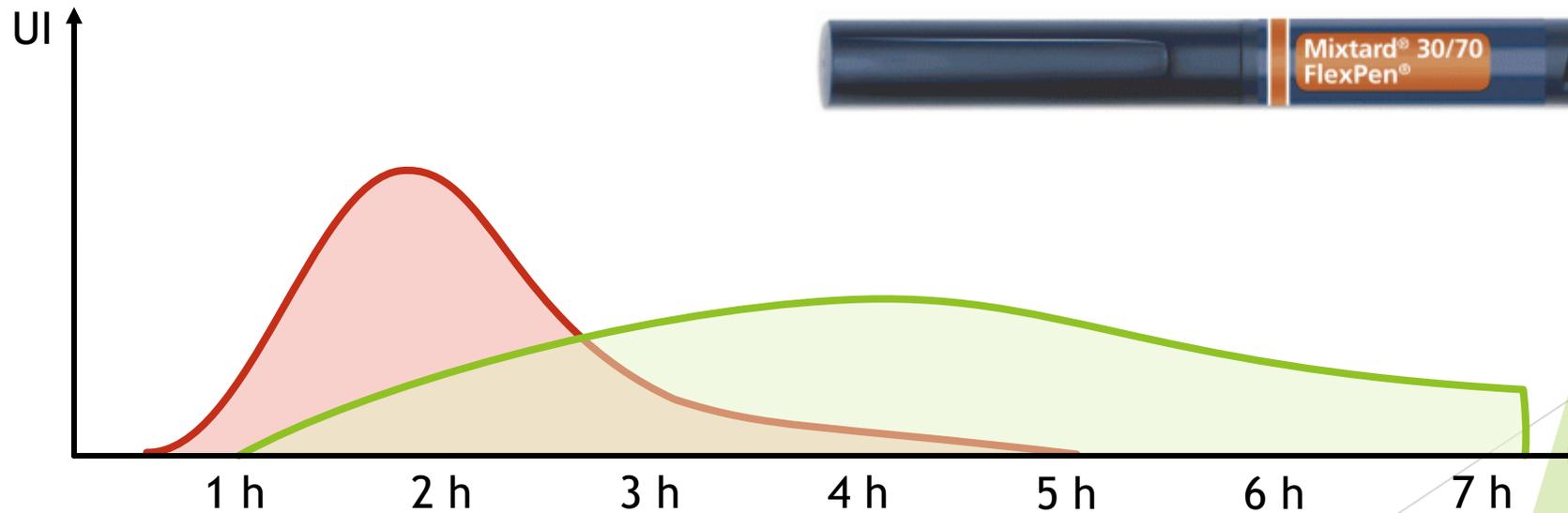
« Une analyse d'études cliniques regroupées a montré chez les sujets jeunes (< 80 ans), une meilleure réduction de l'HbA1c avec moins d'hypoglycémie avec la glargine au coucher par rapport à l'insuline NPH en complément d'un traitement oral »

Étapes principales pour la prise en charge par les soins primaires des personnes âgées atteintes de diabète de type 2 Une prise de position commune de la Société européenne de médecine gériatrique (EuGMS) et du Groupe de travail européen sur le diabète pour les personnes âgées (EDWPOP)



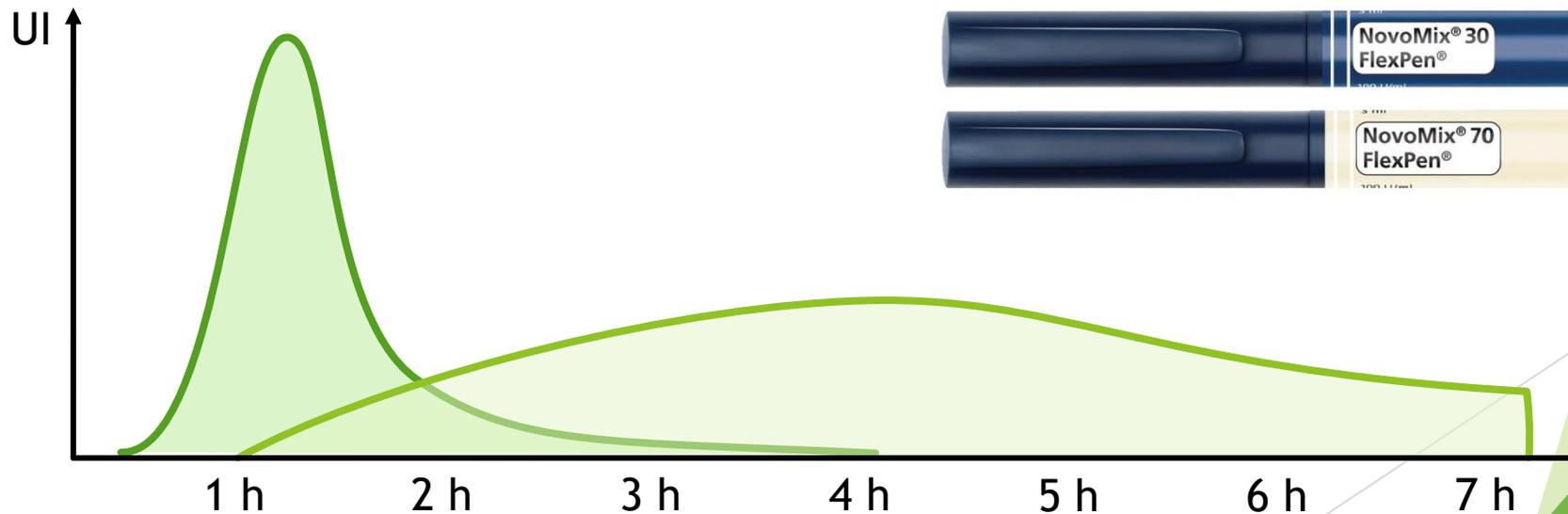
INSULINE RAPIDE + INSULINE INTERMÉDIAIRE

<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
20 à 30 minutes	biphasique	10 à 12 heures	MIXTARD 30/70° UMULINE PROFIL 30°
<i>Notes</i>	Injection à faire 20 à 30 minutes avant les repas Insuline laiteuse -> bien agiter avant son utilisation		



ANALOGUE D'INSULINE RAPIDE + INSULINE INTERMÉDIAIRE

<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
5 à 15 minutes	biphasique	10 à 12 heures	NOVOMIX 30, 50, 70° HUMALOG MIX 25, 50°
<i>Notes</i>	Injection à faire au moment du repas Insuline laiteuse -> bien agiter avant son utilisation		



ANALOGUE D'INSULINE RAPIDE + INSULINE INTERMÉDIAIRE



« Nous suggérons l'utilisation d'insuline combinée ou prémélangée deux fois par jour lorsqu'un schéma insulinique une fois par jour ne permet pas d'atteindre les objectifs. (2A) »

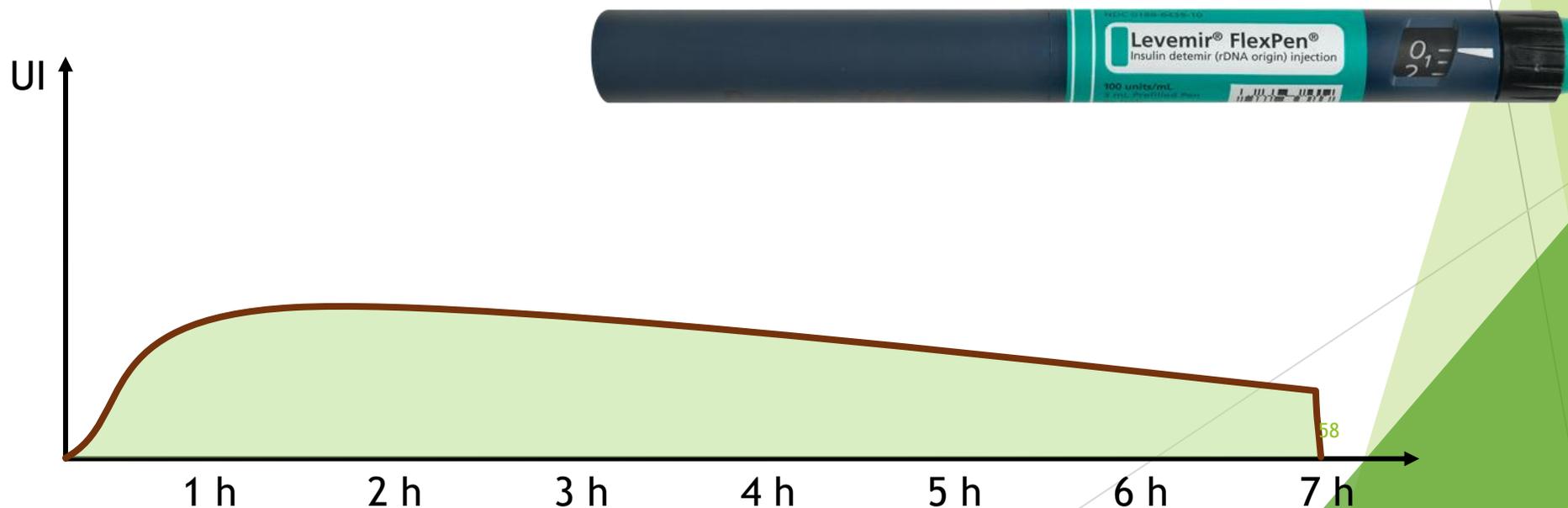
« Chez les patients âgés (>65 ans et < 80 ans), le prémix 75/25 lispro a été plus efficace que la glargine 100 pour maintenir le contrôle de la glycémie à long terme »

Mais moins facile d'utilisation pour adapter les posologies

Les insulines

ANALOGUE D'INSULINE D'ACTION LENTE - DÉTÉMIR

<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
1 heure 30	pas de pic	14 à 24 heures	LEVEMIR [®]
<i>Notes</i>	Durée d'action variable selon le type de diabète et la dose administrée Injection indépendante des repas, mais à heure fixe (± 1 heure)		

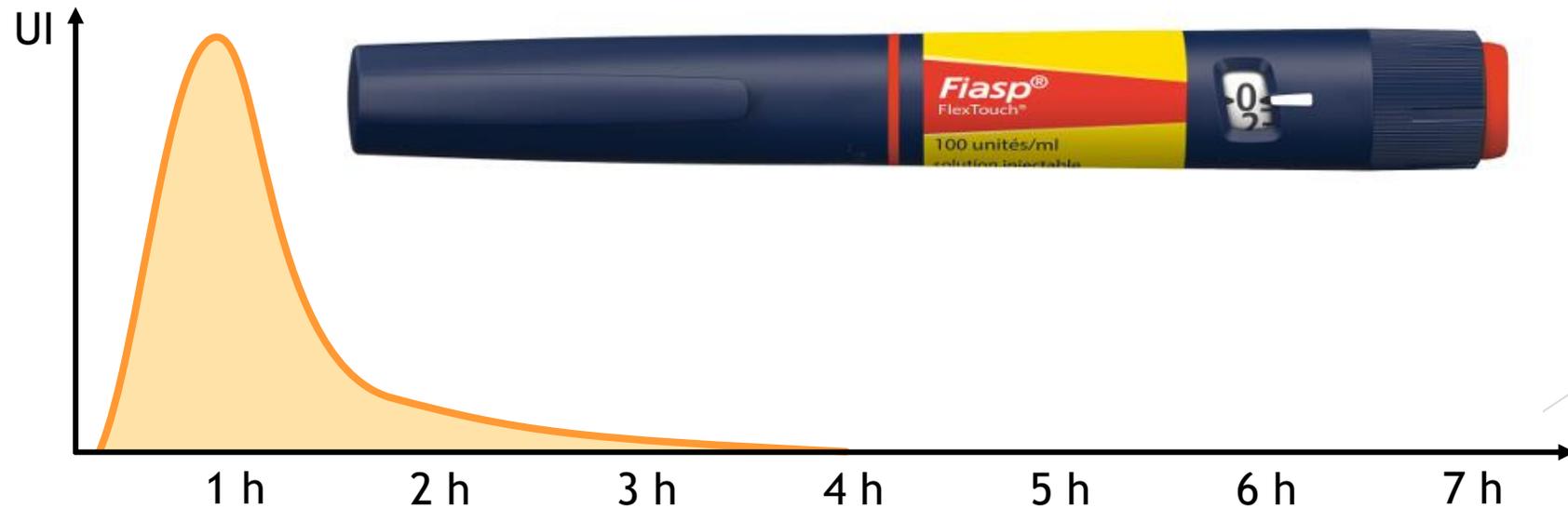


Une insuline rapide peu connue

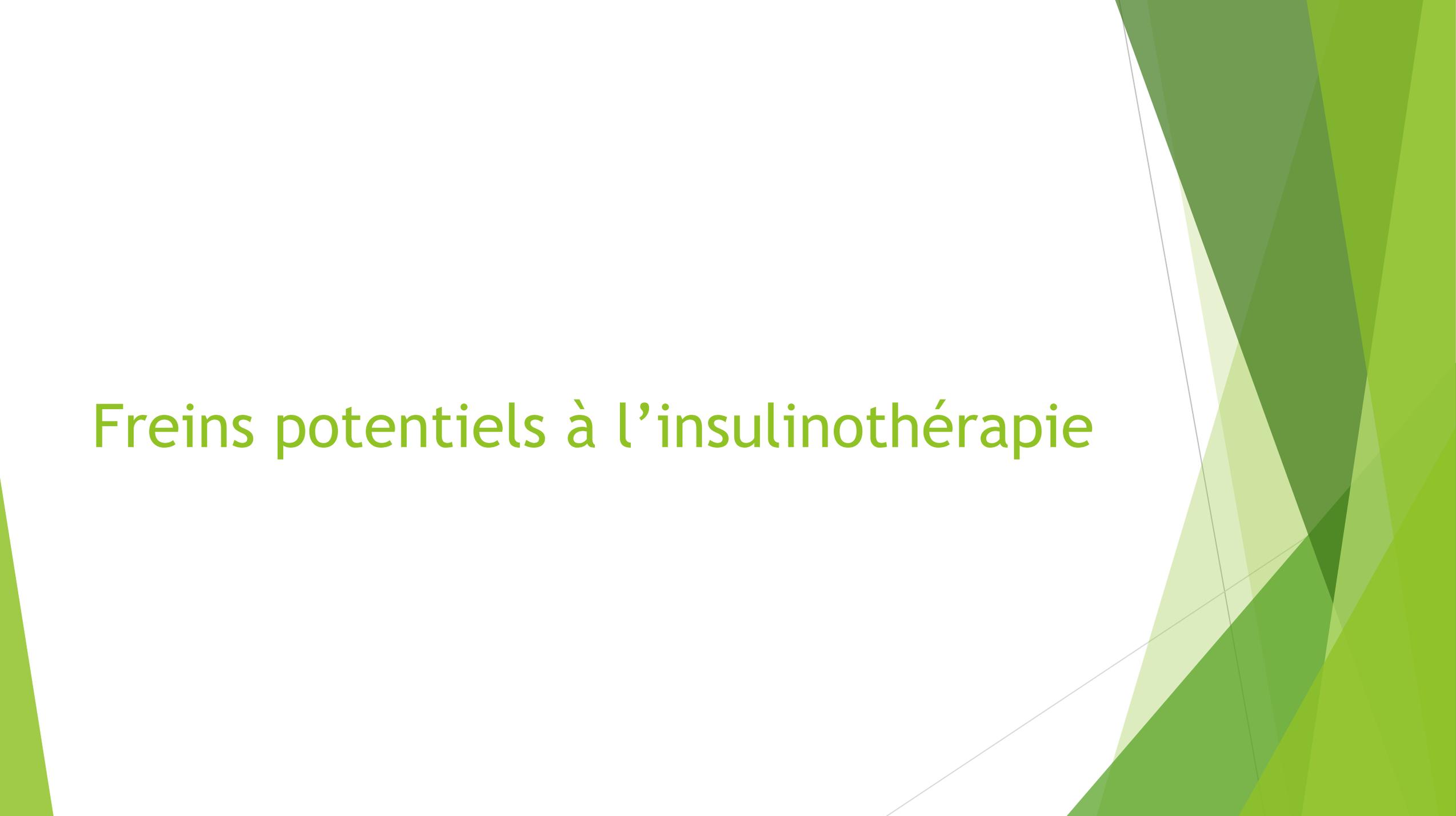
Mais qui peut avoir un intérêt dans notre population...

INSULINE ASPARTE D'ACTION RAPIDE (« ULTRA-RAPIDE »)

<i>Début d'action</i>	<i>Pic d'action</i>	<i>Durée d'action</i>	<i>Spécialités disponibles</i>
2 à 10 min	45 min	3 à 5 heures	FIASP [®]
<i>Notes</i>	Injection à faire au moment du repas et jusqu'à 20 min après le début Compatible avec les pompes à insuline		



Freins potentiels à l'insulinothérapie

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. These shapes are primarily located on the right side of the slide, creating a modern, layered effect. The text is centered on the left side of the slide.

Anticiper et dédiaboliser !

En parler le plus tôt possible

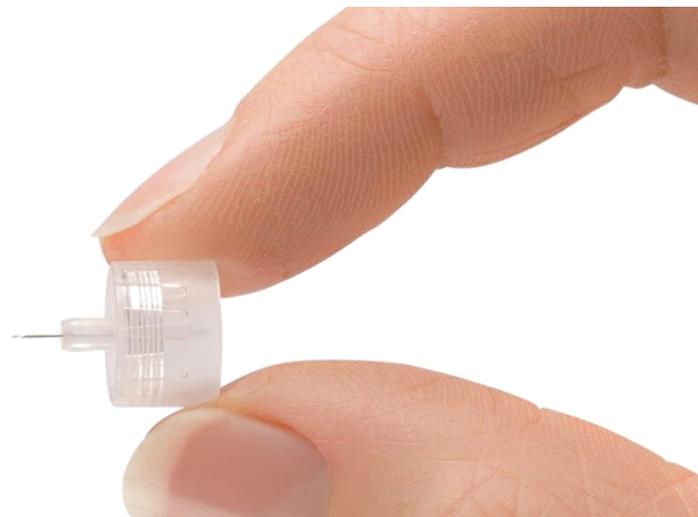
Former progressivement son patient (et/ou son aidant) aux concepts de base du diabète et de sa surveillance : avantage insuline, principe insuline basale...

Débuter analogues du GLP1 en amont

Montrer stylo, aiguille, faire manipuler...



Imaginaire des patients



En réalité

Freins du patient

Expérience dans l'entourage

Peur des complications

Sentiment d'échec, Traitement de la dernière chance

Antécédent de culpabilisation de la part du médecin (chantage au régime ou à l'observance des traitements oraux)

Peur des contraintes liées au traitement, vécu comme une restriction de liberté

Freins du médecin

Importante inertie thérapeutique face à l'insuline

- ▶ 50% des médecins retardent le passage à l'insuline jusqu'à ce qu'il soit « absolument nécessaire »
- ▶ HbA1C moyenne au moment du passage à l'insuline = 9 %

Manque de connaissance ou surtout manque d'expérience dans l'introduction et l'adaptation d'une insulinothérapie

Appréhension du temps important à consacrer à l'éducation du patient / aidant ou à devoir adapter les protocoles...

Peur des hypoglycémies

→ Beaucoup d'autres traitements, anti-diabétiques ou non, peuvent provoquer des hypoglycémies et ne sont pourtant pas source d'anxiété pour le prescripteur

Avantages d'une insulinothérapie



Un médicaments plein de qualité

Pharmacodynamique simple, centrée sur un processus physiologique basique

Médicament connu depuis très longtemps et très largement étudié

Médicament polypeptidique

- *peu d'interactions médicamenteuses devant absence de métabolisme hépatique ou rénal*
- *pas de limitation par les insuffisances rénales ou hépatiques*
- *certes, voie parentérale exclusive, mais administration aisée en cas de refus alimentaire*

Action ubiquitaire avec de multiples cibles et effets

Médicament étiologique du diabète

Doses facilement modifiables et finement ajustables

- *maîtrise de la marge thérapeutique, délai de visibilité des effets d'un changement de dose très court*

Paramètres de contrôle d'efficacité et de tolérance facilement accessibles

Conclusion

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. These shapes are primarily located on the right side of the slide, creating a modern, layered effect. The rest of the slide is a plain white background.



Insulinopénie inévitable dans l'histoire du diabète ---> patient âgé ++ concerné

Commencer doucement et adapter progressivement

Par un protocole basal avec une injection d'insuline ultra-lente TOUJEO® ou TRESIBA®, moins à risque d'hypoglycémie

Pas de nécessité à passer à un protocole basal-bolus d'emblée

Commencer par protocole basal

Penser au protocole basal-plus

Grande flexibilité pour s'adapter aux besoins et aux conditions de vie du patient

Sécurité d'utilisation si précautions respectées

Commencer doucement et adapter



Merci pour votre attention !

Bibliographie :

Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémifiants dans le diabète de type 2 - 2021

Étapes principales pour la prise en charge par les soins primaires des personnes âgées atteintes de diabète de type 2 Une prise de position commune de la Société européenne de médecine gériatrique (EuGMS) et du Groupe de travail européen sur le diabète pour les personnes âgées (EDWPOP)