



DIABÈTE ET OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

Mots clés : Hémoglobine glyquée, HbA1c, Objectif, Cible, Fragilité, Hypoglycémie

Le diabète qu'il soit insulino-dépendant (DID) ou non (DNID) ne représente pas en soi une contre-indication au voyage si le futur voyageur est conscient des risques liés à sa maladie.

La première recommandation est de vérifier la valeur des chiffres d'hémoglobine glyquée A1c et de principe la stabilité de ses chiffres glycémiques recueillis au cours des contrôles pratiqués à la demande de son médecin traitant ainsi qu'au cours de l'auto-surveillance :

Les objectifs thérapeutiques sont suffisamment précis.

Ils sont chez le sénior diabétique de type II :

Sénior diabétique en bonne santé :

glycémie à jeun inférieure à 7 mmol/l

hémoglobine glyquée A1c inférieure à 6,5%

Sénior diabétique fragile :

glycémie à jeun inférieure à 10 mmol/l

hémoglobine glyquée A1c inférieure à 7 %

Norme du sujet sain non diabétique : HbA1c de 5,5 à 6 %

Les personnes juniors doivent atteindre ou se rapprocher au plus près des normes du sujet sain dès la confirmation du diabète et au plus tard après les six premiers mois de traitement.

Des chiffres trop éloignés de ces fourchettes exposent à des accidents. Il faut savoir que plus le taux d'hémoglobine glyquée A1c est bas plus le risque de complications est faible. Ainsi une baisse de l'hémoglobine glyquée A1c de 1 % diminue le risque d'accident cardiaque de 14 % (infarctus du myocarde), d'accident vasculaire cérébral de 12 % (AVC) et de rétinopathie (à haut risque de cécité) de 25 %.

EXPLICATIONS

L'American diabetes association (ADA) recommande d'appliquer chez les sujets âgés diabétiques sans troubles cognitifs, autonomes et ayant une espérance de vie d'environ 10 ans les mêmes règles que celles applicables aux sujets diabétiques jeunes. Cette recommandation concerne tout particulièrement les séniors globe-trotters. Mais l'espérance de vie augmentant naturellement dès la prise en charge des pathologies chroniques et aiguës, la notion de temps ne devrait être décomptée ou appréciée qu'une fois toutes les comorbidités traitées. L'âge ne doit en aucun cas être un obstacle au traitement.

EN PRATIQUE

Le séniors qu'il soit fragile ou pas devrait se rapprocher du chiffre d'hémoglobine glyquée A1c optimal d'un adulte jeune. En réalité, tout dépend de la date d'entrée dans la maladie diabétique.

En effet, un diabète découvert récemment demande, quel que soit l'âge de la personne, d'appliquer les recommandations à savoir deux antidiabétiques oraux si l'hémoglobine glyquée A1c est supérieur à 6,5% après six mois de traitement lorsque celui-ci reposait sur un seul antidiabétique oral en plus des conseils hygiéno-diététiques.

La conduite à tenir étant effectivement de traiter le plus tôt, le plus vite et le plus fort possible afin de limiter au maximum la morbi-mortalité cardio-vasculaire, rétinienne et rénale.

Chez les malades âgés, diabétiques depuis plusieurs années, l'objectif est par contre plus nuancé. L'hémoglobine glyquée A1c, si elle doit être la plus basse possible, doit tenir compte à la fois de ses comorbidités, en particulier coronarienne (infarctus, angor), et de ses capacités fonctionnelles à suivre les conseils hygiéno-diététiques, mais aussi de son espérance de vie.

Il paraît illusoire de demander à ces patients d'atteindre un niveau d'hémoglobine glyquée A1c trop bas et ce d'autant plus qu'ils ont atteint des chiffres se rapprochant des objectifs souhaités par leur médecin. Obtenir des chiffres d'hémoglobine glyquée A1c à 85 ans et au-delà stabilisés entre 7 et 7,5% voire jusqu'à 8,5 % pour les plus anciens dans la maladie diabétique est de bon augure.

La stabilité des chiffres observés sur plusieurs examens est assurément le reflet d'une bonne observance et d'une maîtrise des facteurs de risques.



Notez que le seul risque d'un traitement atteignant l'objectif idéal est de favoriser les accidents hypoglycémiques si les apports alimentaires s'avèrent insuffisants. Un bon contrôle de l'hémoglobine glyquée A1c est donc toujours lié à un apport diététique de type "diabétique" suffisant et adapté à l'état général du sénior.

La surveillance glycémique et son contrôle excluent donc toute improvisation ou négligence. C'est d'autant plus vrai que, chez certains séniors, le risque de dénutrition est majeur, en particulier lors d'une maladie intercurrente comme une infection virale ou bactérienne.

EN VOYAGE

Le diabète étant un facteur de risque cardio-vasculaire reconnu, le futur voyageur doit en priorité vérifier auprès de son médecin traitant la stabilité de son état cardio-vasculaire et de sa fonction rénale. (sans oublier l'examen ophtalmologique). La recherche d'une ischémie silencieuse est recommandée.

Les diabétiques découverts récemment, en l'occurrence dans les 6 derniers mois, ont bénéficié a priori d'un bilan cardio-vasculaire exhaustif dans le cadre de leur prise en charge. Ils ne restent plus qu'à évaluer leur capacité à supporter les contraintes d'un voyage en se rapprochant de leur médecin traitant. C'est encore plus vrai pour les diabétiques les plus anciens dans la maladie.

voyage-aptitude-senior.fr©création décembre 2007

Mise à jour 2022 © Dr Ghislain Haicault de La Regontais