



Antihyperglycémiantes et risques d'hypoglycémie

Médicament	Cause l'hypoglycémie?
Inhibiteur de l'alpha-glucosidase	Non
Inhibiteur de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4)	Non
Agonistes du glucagon-like peptide-1 (GLP-1)	Non
Insuline	Oui (risque maximal avec l'insuline régulière, 30/70 et insuline NPH)
Méglitinide	Oui (faible risque)
Metformine	Non
Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2)	Non
Sulfonylurées	Oui (risque maximal avec le glyburide, risque plus faible avec le gliclazide)
Thiazolidinediones (TZDs)	Non

Médicaments affectant le contrôle de la glycémie

- Médicaments pouvant causer une hyperglycémie (lorsque la prise de ces médicaments cesse, une hypoglycémie associée aux médicaments antihyperglycémiantes peut apparaître), p. ex. les quinolones (spécialement avec la gatifloxacine), bêtabloquants (excepté le carvedilol), thiazides, antipsychotiques atypiques (spécialement l'olanzapine et la clozapine), corticostéroïdes, inhibiteurs de la calcineurine (p. ex. cyclosporine, sirolimus, tacrolimus), inhibiteurs de protéase;
- Médicaments qui interagissent avec les antihyperglycémiantes (p. ex. triméthoprime/sulfaméthoxazole et sulfonylurées);
- Substances et médicaments signalés parmi les causes d'hypoglycémie (p. ex. alcool, IMAOs, salicylates, quinolones, quinine, bêtabloquants, IECAs, pentamidine).

Impliquer les patients et les soignants

- Certaines personnes âgées préfèrent les thérapies moins intensives, surtout celles qui sont moins pénibles et qui n'augmentent pas les risques d'hypoglycémie;
- Les patients et les soignants seront plus enclins à s'engager dans une discussion liée à un changement de cibles ou à considérer la déprescription s'ils en comprennent les raisons :
 - Risques d'hypoglycémie et autres effets secondaires;
 - Risques d'un contrôle glycémique très serré (pas de bénéfice clinique et effets nocifs si A1C < 6 %);
 - Temps nécessaire pour ressentir le bénéfice lié à un contrôle glycémique serré;
 - Incertitude liée aux bénéfices du traitement pour les patients avec fragilité, démence ou en fin de vie
- Objectifs des soins : éviter les symptômes d'hyperglycémie (soif, déshydratation, fréquence de miction, chutes, fatigue, insuffisance rénale) et prévenir les complications (5-10 ans de traitements nécessaires);
- Les experts de plusieurs pays s'entendent pour favoriser des traitements moins agressifs du diabète chez les personnes âgées;
- Examiner les options liées à la déprescription avec les patients et les soignants, ainsi que le processus de suivi prévu et les seuils pour un retour aux doses précédentes; ceci renforcera leur implication.

Information sur l'hypoglycémie pour les patients et soignants

- Les adultes âgés et frêles sont plus à risque d'hypoglycémie;
- Le risque d'hypoglycémie est plus élevé dans le cas d'un contrôle serré;
- Les symptômes d'hypoglycémie incluent : sudation, tachycardie, tremblements, MAIS les patients plus âgés pourraient ne pas présenter ces symptômes;
- Des déficiences cognitives ou physiques peuvent limiter la capacité du patient à réagir aux symptômes d'hypoglycémie;
- Certains médicaments peuvent masquer les symptômes d'hypoglycémie (p. ex. bêtabloquants);
- Les dommages liés à l'hypoglycémie peuvent être graves et incluent : incapacités cognitives et physiques, chutes et fractures, convulsions, visites à l'urgence et hospitalisations.

Recommandations pour la réduction des doses

- Établir des cibles pour le glucose sanguin et l'A1C, ainsi que des seuils pour un retour à la dose précédente, pour recommencer la prise du médicament ou maintenir la posologie;
- Développer un plan de réduction des doses avec le patient ou le soignant (les données n'indiquent pas qu'une approche de réduction est meilleure que l'autre) : arrêt de la prise d'antihyperglycémiantes oraux, changement de médicament, diminution graduelle des doses (p. ex. changements à intervalles de 1-4 semaines, jusqu'à l'atteinte de la dose minimale disponible avant l'arrêt, ou simplement non-renouvellement de la prescription);
- En tout temps, si le glucose sanguin demeure au-dessus de la cible (12-15 mmol/L) ou si les symptômes d'hyperglycémie réapparaissent, les doses peuvent être augmentées ou ramenées au niveau précédent.