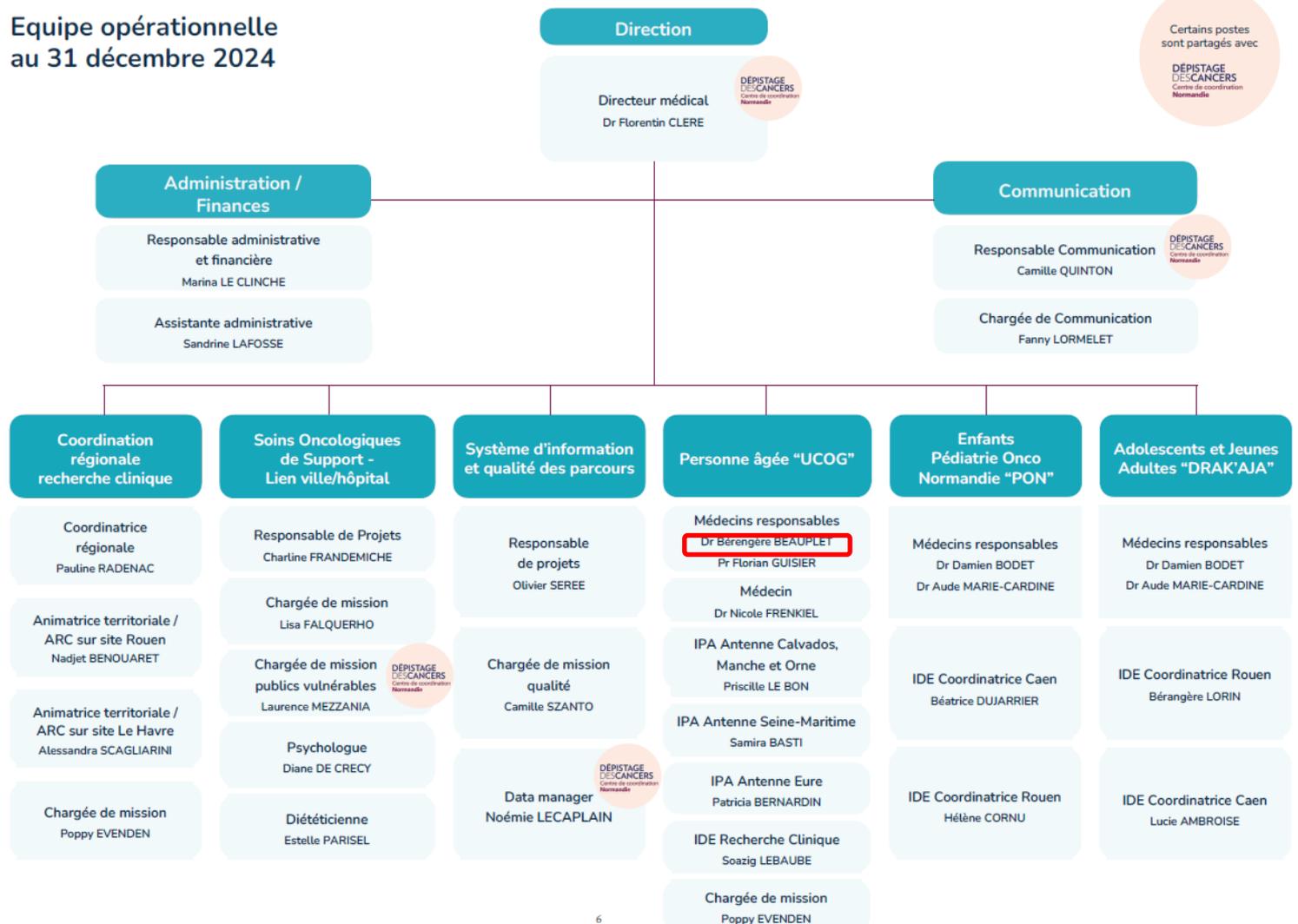


# TELOG: Téléconsultations en oncogériatrie

---



Bérengère BEAUPLET, gériatre CHU Caen, coordinatrice UCOG Normandie





## 2.1. Les actions de coordination en oncogériatrie

Les UCOG ont vocation à accomplir cinq missions suivantes :

- promouvoir l'évaluation de la fragilité de la personne âgée ;
- favoriser le dialogue entre oncologues et gériatres ;
- promouvoir la diffusion des référentiels de bonnes pratiques ;
- soutenir la formation et l'information en oncogériatrie ;
- contribuer au développement de la recherche.

### Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Systemic Cancer Therapy: ASCO Guideline Update

William Dale, MD, PhD<sup>1</sup> ; Heidi D. Klepin, MD, MS<sup>2</sup> ; Grant R. Williams, MD, MSPH<sup>3</sup> ; Shabbir M.H. Alibhai, MD<sup>4</sup> ; Cristiane Bergerot, PhD<sup>5</sup> ; Karllynn Brintzenhofesoc, PhD, MSW<sup>6</sup> ; Judith O. Hopkins, MD<sup>7</sup> ; Minaxi P. Jhaver, MD<sup>8</sup> ; Vani Katheria, MS<sup>9</sup> ; Kah Poh Loh, MBBCh BAO, MS<sup>10</sup> ; Lisa M. Lowenstein, PhD<sup>11</sup> ; June M. McKoy, MD, MPH, JD, MBA<sup>12</sup> ; Vanita Noronha, MD<sup>13</sup> ; Tanyanika Phillips, MD<sup>14</sup> ; Ashley E. Rosko, MD<sup>15</sup> ; Tracy Ruegg, PhD, ANP<sup>16</sup> ; Melody K. Schiaffino, PhD<sup>17</sup> ; John F. Simmons Jr, MD<sup>18</sup> ; Ishwaria Subbiah, MD<sup>19</sup> ; William P. Tew, MD<sup>20</sup> ; Tracy L. Webb, PA-C<sup>21</sup> ; Mary Whitehead, BFA<sup>22</sup> ; Mark R. Somerfield, PhD<sup>23</sup> ; and Supriya G. Mohile, MD, MS<sup>24</sup>

DOI <https://doi.org/10.1200/JCO.23.00933>

**Tout patient de 65 ans et plus recevant une chimio /thérapie ciblée/immunothérapie avec une évaluation gériatrique altérée doit bénéficier d'un plan de soins adapté avec interventions gériatriques appropriées**

Une place inexistante pour les EHPAD et leurs résidents dépendants...et pourtant voici 2 vignettes cliniques sur l'intérêt de la téléconsultation

Une activité de recours très rare

1 en 2019

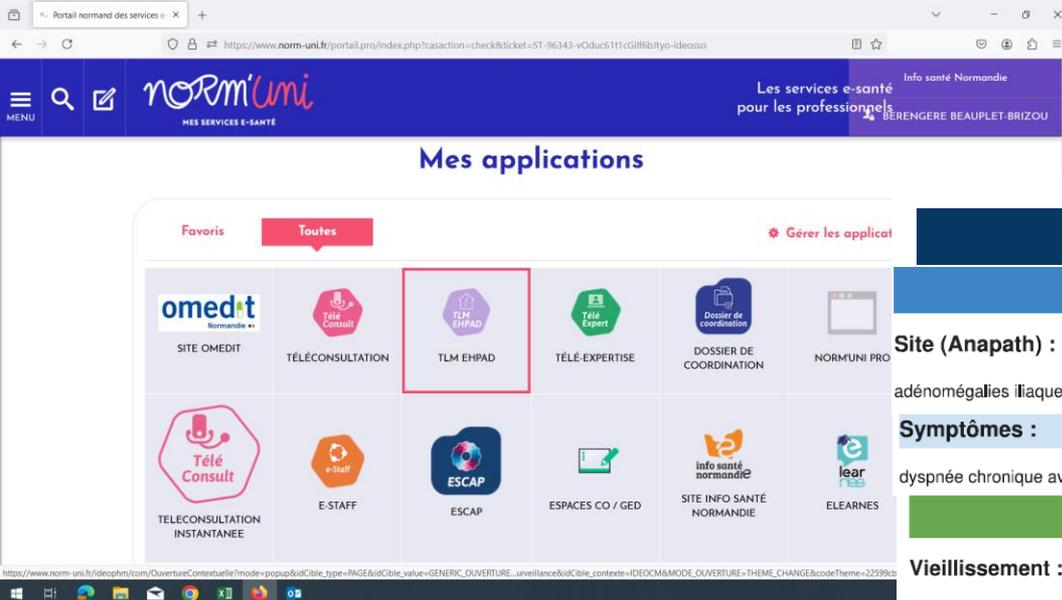
2 en 2020

1 en 2024

1 en 2025



# Les téléconsultations oncogériatriques CHU Caen-EHPAD depuis 2019



Sur dossier si GIR 1-2  
Téléconsultation si GIR ≥3

## Fiche de liaison Oncogériatrie

### Contexte oncologique

#### Site (Anapath) :

adénomégalias iliaques, axillaires et médiastino-hilaires non présentes en 2020, angioscann TAP le 23/7/24

#### Symptômes :

dyspnée chronique avec syndrome inflammatoire biologique modéré persistant

### Propositions thérapeutiques

Vieillessement :  Robuste  Fragile réversible  Non réversible  Gériatrique

#### Sur un plan gériatrique :

dépendance GIR3, marche sans accessoires, troubles neurocognitifs légers/MA diagnostiquée cette année sur MMS seulement passé de 23 à 19/30 entre février et juin , dont l'interprétation est à relativiser sur leucopathie vasculaire et lésion frontale pouvant être en cause (discuter poursuite de l'ARICEPT, pas de chute mais trouble de l'équilibre= doser vit D, voir si HTO couché puis debout toutes les minutes (bas de contention cuisse si+), recontrôler si hyponatrémie sous ISRS sd dépressif en cours de réajustement thérapeutique, dénutrition déjà sous CNO, dyspnée chronique sur BPCO (sous aerospray, sat AA ok) et HTAP modérée ( post EP sur angioTDM janvier 2024) ne nécessitant pas encore de furosémide car pas d'OM, anémie 8,9g en partie inflammatoire ( d'où la ferritine élevée mais possiblement sur hémorragie dig si coef satu bas +mélène à vérifier?= ajout possible d'un IPP probabiliste car on ne fera pas d'endoscopie digestive en effet; ou centrale =voir si reticulocytes bas)

#### Sur un plan oncologique :

adenopathies multiples et lésion cérébrale frontale G prenant le contraste a priori 2ndr dont le 1f peut être mammaire (CA15-3? si était élevé initialement) ou autre (lymphome?), en contexte d'antéc de cancer sein D (a priori guéri car date de 2000-2005 et contrôle mammo 09/2020= N et actuellement aucune masse mammaire palpable, vérifier le CA15-3), antéc de baso nez (2009 et 2016) mais n'expliquerait pas les adp l'origine digestive est peu probable vu la localisation des adp je pencherais sur un possible lymphome qui pourrait expliquer tout le tableau adp+lésion cérébrale+anémie= interet d'un avis hématologique, possibilité de biopsie gg axillaire facilement accessible si la patiente est ok, et de traitement per os ou SC surveiller survenue d'hallucinations et crise convulsive possible sur lésion frontale si progresse (IRMc et TDM TAP sera sûrement redemandé par hématologue)

Simultanément en présence de l'IDEC,  
la patiente  
et un des 2 fils (éloignés) en appel vidéo  
sur un téléphone portable

→ cs hémato demandée

## Statut nutritionnel

Taille (en cm) :

156

Poids (en kg) :

50,3

IMC (en kg/m<sup>2</sup>) :

20,67

Perte d'appétit :  Non  Modéré  Sévère

MNA dépistage /14 :

Évaluation globale (/30) :

Consommation habituelle d'alcool (verres/semaines) :

Examen bucco-dentaire :

Préciser

A explorer = dent cassée, en attente validation devis (14/11)

Régime ou texture adaptée :

Préciser

enrichissement, texture normale

Perte de poids (en %) :

12

En mois :

6

Diagnostic nutritionnel :

Cf CR orthophoniste pour trouble de la déglutition

Horloge (/7) :

2

Commentaires libres :

troubles mnésiques épisodiques, troubles attentionnels, orientation temporelles altérée

Thymie (HADS si possible)

HADS Anxiété (/21) :

HADS Dépression (/21) :

Commentaire :

NPI-ES le 22/7 à 48 MADRS le 22/7 à 23

# 2 mois plus tard

## Propositions thérapeutiques

Viellissement :  Robuste  Fragile réversible  Non réversible  Gériatrique

### Sur un plan gériatrique :

Le Dr \_\_\_\_\_ pense que le lymphome suspecté n'est pas suffisamment symptomatique pour nécessiter un acte de confirmation diagnostique et traitement éventuel Mme est en cours de switch antidépresseur paroxétine-venlafaxine, mais idéalement switcher pour mirtazapine plutôt car orexigène. à mon sens les troubles cognitifs modérés de la patiente ne sont pas une contre-indication à la biopsie d'un ganglion axillaire (locoregional), à rediscuter dans 6 semaines si le nouveau traitement antidépresseur n'améliore pas l'appétit ni la "fatigue"/perte d'élan vital, et que l'anémie se corrige. prévoir natrémie + NFS, CRP (ferritine si <200, une supplémentation peut se justifier par le coef <20%) dans 1 mois Vérifier l'arrêt de l'ARICEPT contribuant à la perte de poids

### Sur un plan oncologique :

demander consultation présentielle avec Dr \_\_\_\_\_ si pas d'amélioration sous antidépresseur d'ici 6 semaines sur la fatigue, il jugera si la biopsie est raisonnable (ou test à la cortisone préalable)

44 patients bénéficiaires à ce jour



Le dispositif TELOG-  
établissements sanitaires dep oct 2022

# Comment ça marche ?

Etablissement requis :

Planification des créneaux disponibles du gériatre chaque trimestre

Etablissement requérant :

J-7: Prise de RDV entre secrétariats

Remise de l'ordo du bilan sanguin complet + récup les CR des CS spécialisées

Oncologue : remplissage du motif de demande et CR RCP avec options thérapeutique envisagées (@Therap-e)

## Jour de l'HDJ

Téléverser l'ordonnance de traitement habituel, résultats sanguins, CRH et CS spécialisées onco/cardio sur @Therap-e

Temps IDE + Patient : réalisation de l'EGPO

Remplissage de la fiche de liaison (IDE) sur @Therap-e

Lecture de la fiche de liaison sur @Therap-e, docs, Complétion diagnostics, scores de risques (30min)

Transmission – Discussion (15min) IDE ( ±oncologue ±pharmacien) + Gériatre pour proposition PPS

Téléconsultation avec le patient (IDE + proches éventuels) (15 à 30min)

Conclusion, proposition, dépôt d'ordonnances

Remise des ordonnances

Signature des parties  
Export du CR en PDF téléversé dans chaque SIH

# Cas clinique n°1: Mr, 77 ans

The image displays a medical portal interface for a patient named Mr. 77. The top section shows a navigation bar with the user's name, 'BEAUPLET-BRIZOU Berengere', and various utility icons. Below this, a summary row provides key information: 'Type de demande: Oncogériatrie', 'Statut du dossier: Dossier clôturé', and 'Prochaine Consultation: Aucune consultation de planifiée'. A red ' Paiement ' banner with a ' Configurer Payline ' button is also visible.

The main content area is divided into ' Dossier ' and ' Salles ' sections. The ' Dossier ' section includes an ' Ajouter un document ' button. The ' Salles ' section features a video call interface with a grid of icons for ' Photo ', ' Inviter ', ' Chat ', ' Participants ', ' Affichage ', ' Extensionner ', ' Vidéo ', ' Audio ', and ' Partage '. The video call itself shows a woman in a blue top and glasses, with the title ' 01 - Oncogériatrie - CHU CAEN '.

Below the portal, a browser window shows the ' norm'uni ' website. The header includes the logo and the text ' Les services e-santé pour les professionnels ' and ' Info santé Normandie '.

The main content of the website is titled ' Mes applications ' and features a grid of application icons. The ' Télé Consult ' icon is highlighted with a red box. Other icons include ' omedit ', ' TLM EHPAD ', ' Télé Expert ', ' Dossier de coordination ', ' NORMUNI PRO ', ' Télé Consult Instantané ', ' e-Staff ', ' ESCAP ', ' ESPACES CO / GED ', ' Site Info Santé Normandie ', and ' Elearnes '.

At the bottom right, a photograph shows a healthcare professional in blue scrubs and a mask assisting an elderly patient in a light purple shirt at a computer workstation. The patient is wearing a face shield. The workstation includes a monitor displaying a video call, a keyboard, and a mouse.

# Cas clinique n°1: Mr, 77 ans

- Téléconsultation en présence de l'épouse, fils, et aide-soignante de l'EHPAD
- Tabagisme sevré depuis 1980
- tumeur bronchique LIG de découverte fortuite , passée de 24 à 28mm entre juin et nov 23,
- N0M0 selon le TEP TDM decembre 23
- Asymptomatique sur le plan pulmonaire
- Projet de chirurgie stéréotaxique curative proposée par l'oncopneumologue en RCP (pas d'autre alternative envisageable)

- Retraité expert comptable
- Antécédents: maladie d'Alzheimer dep 2018 (dernier MMS 18/30 en 2022) institutionalisé en EHPAD suite à des agitations vespérales et déambulations nocturnes (épuisement de l'épouse)
- L'épouse, sa curatrice, vient tous les jours, vont marcher 1h, dessins, sort le weekend au cinéma ou repas de famille. Un fils à Granville, une fille à Tahiti
- Traitement: risperdal 0,25-0,25-0,5mg; seresta 10x3 (+50 la nuit)

# Cas clinique n°1: Mr, 77 ans

- IADL =0/8, ADL=4/6 (déficit partiel toilette, habillage, aller WC, continence)
- Vitesse de marche 1,2m/sec, pas de chute, handgrip 10kg (compréhension consigne?)
- IMC=21 (<22 donc denutrition), pas de perte d'appétit, de poids ni trouble de déglutition
- OMS PS3,
- MMS=3/30, horloge=impossible, pas d'expression orale spontanée, langage pauvre
- NPI: opposition temporaire aux soins quotidiennes (Fréquence 4\*Gravité 1), tr sommeil (Fréquence 4\*Gravité 2)
- Bilan sanguin: carence B9=ordo SPECIAFOLDINE 5mg/j matin 1 mois
- Révision: devant le sd extrapyramidal (amimie, akinésie) et absence d'agressivité=réduction du neuroleptique car risque de chute, ajout melatonine de 3mg jsq 12mg

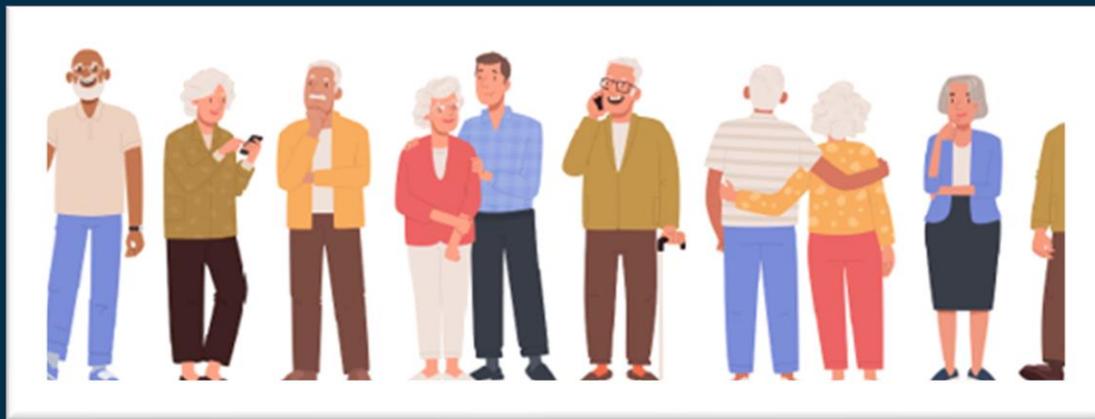
Opposition-Coopération?

Consentement éclairé?

Acharnement thérapeutique?  
Traitement curatif prolongeant  
l'espérance de vie restante.

- Fibroscopie bronchique non faite, mais Test simulation RT ok (patient amimique akinétique pseudoparkinsonien sous neuroleptique)
- Patient inapte, ne répond pas aux questions, mais Demande de la famille
- L'épouse et le fils jugent la qualité de vie du patient bonne et méritant un ttt curatif





Merci de votre  
attention!