



FNOMCeO - CAO

Progetto di aggiornamento sul Carcinoma orale
C.A.O. – S.I.P.M.O.- S.I.O.C.M.F.

Prevenzione primaria del carcinoma orale e counselling per la cessazione del fumo

FNOMCeO - CAO. All rights reserved

*Prevenzione primaria del carcinoma orale e counselling per la
cessazione del fumo*

Prof. Carrassi et al.

SIPMO





La sesta forma neoplastica al mondo
con un incidenza annuale di
250.000-400.000 nuovi casi

Incremento in Francia ed in Europa,
incremento atteso nei paesi
industrializzati nei prossimi anni

Progressi modesti nei protocolli
terapeutici e nei dati di
sopravvivenza durante gli ultimi 40
anni

Why the lack of progress for oral cancer

Shah JP, Singh B, The Lancet 2006

*Prevenzione primaria del carcinoma orale e counselling per la
cessazione del fumo*

Prof. Carrassi et al.



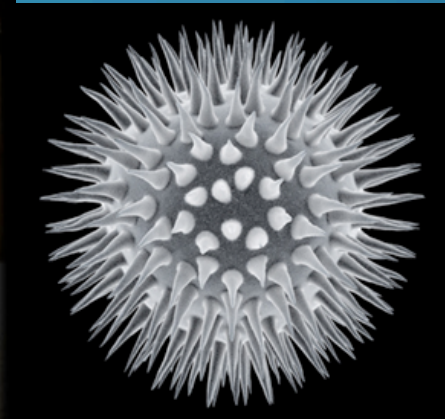
Ricordare le correlazioni esistenti tra fumo, malattie e mortalità ed illustrare come alla cessazione del fumo corrisponda la riduzione di rischio

Descrivere le principali forme di contrasto all'uso del tabacco ed enfatizzare il concetto di approccio al rischio comune

Definire come il team odontoiatrico possa collaborare alla lotta al consumo di tabacco fornendo i dati della letteratura riguardo l'efficacia di queste iniziative



I principali fattori di rischio



**USA: fattori di rischio come causa di morte**

Causa	1990	2000
Uso di tabacco	400.000	435.000
Dieta inadeguata ed inattività fis.	300.000	400.000
Alcool	100.000	85.000
Agenti microbiologici	90.000	75.000
Agenti tossici	60.000	55.000
Incidenti stradali	25.000	43.000
Uso di armi da fuoco	35.000	29.000
Comportamenti sessuali	30.000	20.000
Uso di prodotti illeciti	20.000	17.000
TOTALE	1.060.000	1.159.000

Marshall E, *Science*, 2007



Cause di Morte-Italia 2003 ISTAT 2008

Malattie cardiovascolari	241.756
Tumori	167.144
Malattie del sistema respiratorio	40.852
Malattie endocrine	24.027
Malattie del sistema digerente	24.008
Incidenti	19.751
Totale per tutte le cause	588.897



Tabacco e malattie: i dati della coorte dei medici Inglesi



Sir William Richard Doll
(1912-2005)

BRITISH MEDICAL JOURNAL

LONDON SATURDAY JUNE 26 1954

THE MORTALITY OF DOCTORS IN RELATION TO THEIR SMOKING HABITS

A PRELIMINARY REPORT



British Journal of Cancer (2005) 92, 426–429
© 2005 Cancer Research UK All rights reserved 0007–0920/05 \$30.00

www.bjcancer.com

Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years
observations on British doctors

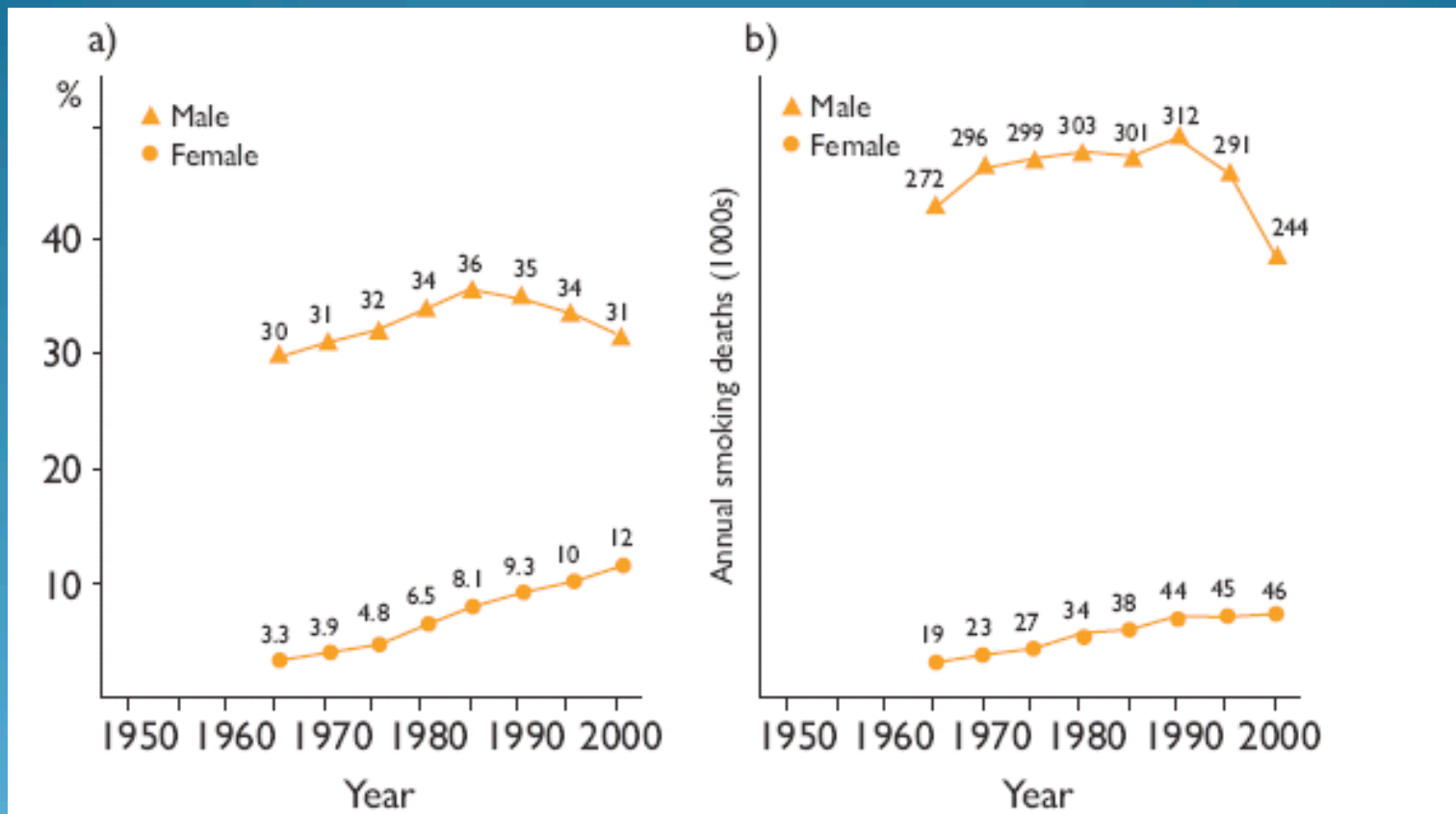


Il fumo è considerato un *major killer* e si associa al :

- 30% di tutti i cancri e delle morti relative
- 90% dei tumori del polmone
- 85% di tutti i carcinomi del cavo orale
- 70% delle malattie croniche polmonari
- 80% degli infarti precoci, prima dei 50 anni
- 30% delle malattie ischemiche e degli ictus
- Il 50% dei fumatori morirà per una malattia provocata dal fumo



EU: morti attribuibili al fumo in %(a) ed in migliaia(b)



Peto R et Al, 2004

*Prevenzione primaria del carcinoma orale e counselling per la
cessazione del fumo*

Prof. Carrassi et al.





Principali misure di lotta al tabacco

Divieto /restrizione di fumo nei locali pubblici

Aumento del prezzo del tabacco e della tassazione

Maggiore informazione ai consumatori, controllo delle confezioni

Trattamenti di sostegno alla cessazione del fumo



Il divieto di fumo nei luoghi pubblici



Il 10 Gennaio 2005 l'Italia diviene il primo grande Paese Europeo a dotarsi di una rigida legislazione anti-fumo



% di fumatori in Italia prima e dopo la legge Sirchia

Anno	Totale	Maschi	donne
2004	26.2%	30.0%	22.55
2005	25.6%	29.3%	22.2%
2006	24.3%	28.6%	20.3%

Gallus S., Zuccaro P et al. Preventive Medicine, 2007



Divieto di fumo nei locali e patologie cardiovascolari

Una recente metanalisi condotta su 8 trial clinici volta a studiare gli effetti del divieto di fumare nei locali pubblici sulla frequenza dell'infarto del miocardio ha mostrato un 19% di riduzione associato a queste leggi

Glantz MA Prev. Med. 2008 2008



I benefici della cessazione del fumo

8 ore dopo	La concentrazione d'ossigeno si normalizza
12 ore dopo	La nicotina viene completamente metabolizzata
1 giorno dopo	Miglioramenti cardiovascolari e pressori
1 settimana dopo	Respirazione migliorata, maggiore energia
1 mese dopo	Migliore attività sessuale e circolatoria
1 anno dopo	Riduzione del 50% del rischio di sindrome coronarica acuta
5 anni dopo	Rischio di infarto simile a quello dei non fumatori
5-15 anni dopo	Rischio di ictus simile a quello dei non fumatori
10 anni dopo	Rischio di carcinoma polmonare ridotto del 50%
10-15 anni dopo	Rischio di morte per malattie da fumo come nei non fumatori



Il counselling per la prevenzione e la cessazione del fumo nel setting odontoiatrico:

ha senso farlo?
è efficace?
come si fa?

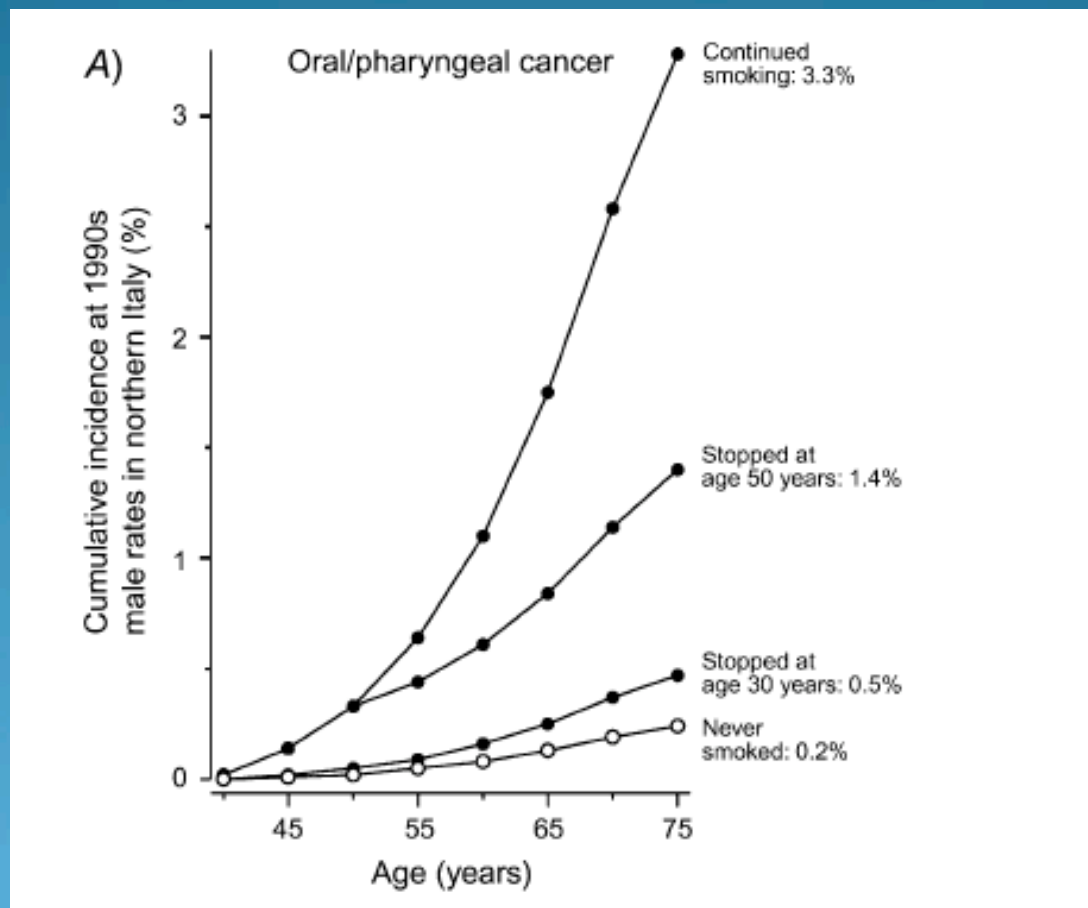


Il fumo e la salute orale

- Il fumo è il principale fattore eziologico del cancro e del precancro orale
- Subito dopo la placca batterica è il principale fattore di rischio per le parodontiti (O.R.=2-7.28)
- La prognosi dei pazienti trattati con impianti è significativamente peggiore nei fumatori rispetto ai non fumatori. Nei fumatori i fallimenti implantari sono doppi rispetto a quanto rilevabile nei non fumatori
- La guarigione delle ferite orali è ostacolata
- Il Dentista è lo specialista più consultato in Italia



Cessazione del fumo e carcinoma orale



Bosetti C, Gallus S et al. *Am J of Epidemiology*, 2007

Prevenzione primaria del carcinoma orale e counselling per la
cessazione del fumo

Prof. Carrassi et al.





Gli Odontoiatri, gli Igienisti e la cessazione del fumo

Durante gli ultimi numerose ricerche hanno indagato quale sia il comportamento degli Odontoiatri e degli Igienisti nella promozione della cessazione del fumo.

La qualità di queste ricerche appare spesso modesta per: debolezza numerica del campione, frequente mancanza di controlli, frequente assenza di una verifica biochimica dei risultati ottenuti.

Fatti salvi questi limiti gli effetti del counselling per la cessazione dell'uso del tabacco risultano positivi.



Author and year	Study type	Setting	Method	Period	Quit rate %
Christen, 1984 208	Quasi-randomised	University based	Nicotine gum vs. placebo gum	15 weeks outcome	Experimental group 12.4%
Cohen, 1989	RTC	Dentists (50) in private practice	Four different groups of intervention	One year	7.7-16.9% depending on the intervention
Cooper, 1989	Prospective without control group	Hospital based	Nicotine gum in heavy smokers	One year outcome	0% to 47%
Steven, 1995 518	Randomised	Dental practices	Advise to quit and video	One year	Control 12.5% Test 18.4%
Severson, 1998 1350	RCT	75 dental practices	Control, minimal or ext. intervention	One year	Control 2.4% Ext. Interv. 10.2%



Cessazione del fumo nel setting odontoiatrico e revisioni sistematiche

Carr AB, Ebbert JO
Community Dent Health, 2007

Carr AB, Ebbert JO
Cochrane Dat Sys Rev, 2006

Needleman et al
Oral Health Prev Dent, 2006



Oral Health Network on Tobacco use Prevention and Cessation : 25.09.2008

**2nd European Workshop on Tobacco use
Prevention and Cessation for Oral Health
Professionals**

Synergies in Oral Health Care: Health Behavior Change for Tobacco
Control and Oral Hygiene

Saturday, August 30 through Tuesday, September 2, 2008



Cessazione del fumo nel setting odontoiatrico e revisioni sistematiche

Tutti gli operatori della salute orale dovrebbero regolarmente chiedere ai loro pazienti riguardo l'uso del tabacco, informarli dei suoi effetti nocivi, consigliare loro di smettere.

Inoltre, si raccomanda che i professionisti della salute orale offrano un supporto pre smettere. Per i tabagisti non ancora pronti a smettere, i professionisti possono fornire motivazioni adeguate sulla necessità di smettere anche se a tutt'oggi non ne sia stata accertata l'efficacia. Per quelli pronti a smettere, i professionisti possono fornire assistenza con i seguenti metodi:

- a. Riferirli a programmi di cessazione
- b. Riferirli ad altri supporti per la cessazione prontamente disponibili
- c. Fornire la terapia sostitutiva alla nicotina (NRT) e/o l'accesso ad altre terapie mediche di supporto.
- d. Fornire un counselling più intenso per i cambiamenti comportamentali



L'odontoiatra ed il counselling di base per il fumo: come procedere

- Informarsi sulle abitudini del paziente riguardo il fumo e dove possibile aumentare la motivazione alla cessazione
- Valutare la dipendenza dalla nicotina
- Provvedere un counselling di supporto
- Incoraggiare l'uso di farmacoterapie per ridurre i fenomeni di astinenza

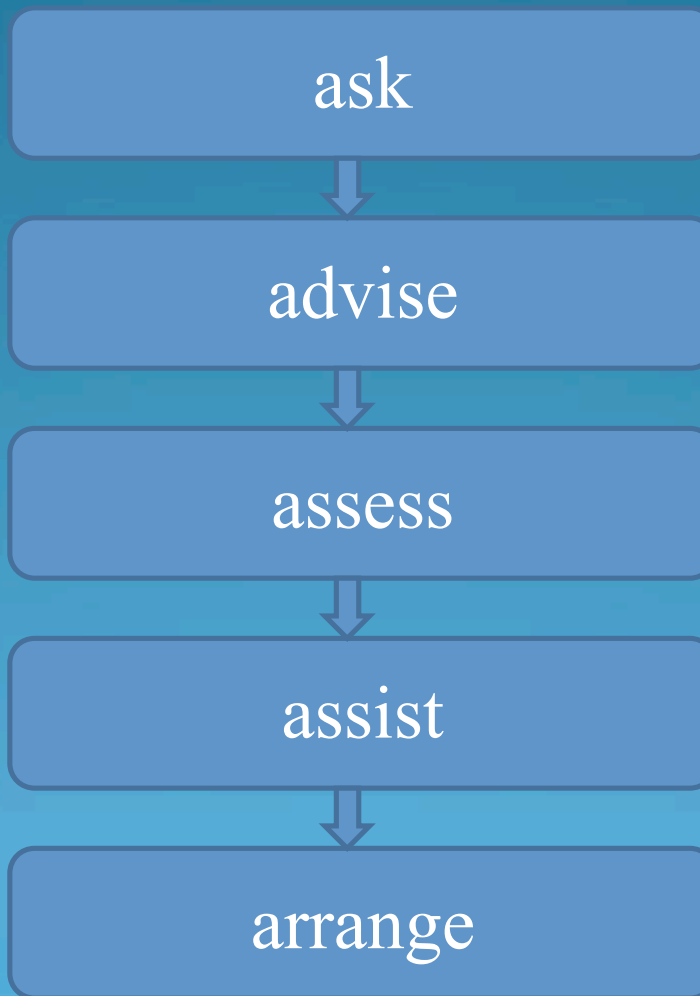


Il modello transteoretico

- Precontemplazione
 - *“son felice di fumare ed intendo continuare”*
- Contemplazione
 - *“forse dovrei smettere di fumare”*
- Preparazione
 - *“Voglio smettere di fumare e non compro più sigarette”*
- Azione
 - *“Ho smesso di fumare”*
- Mantenimento
 - *“Sono più di sei mesi che ho smesso di fumare”*



Counseling contro il fumo: le cinque A





Percezione dei pazienti sull' attività antifumo

- Il 58.5% dei 3.088 pazienti intervistati ritiene che lo studio odontoiatrico debba offrire attività antifumo
- I possibili ostacoli all'intervento: il tempo necessario per il counselling, mancanza di un training adeguato, mancato ritorno economico

Campell HS, Sletten M, Petty T. *J Am Dent Ass.* 1999;130(2):219-26



Sintomo	Durata dall'avvenuta cessazione	Incidenza (%)
Stordimento	≤ 48 ore	10%
Disturbi del sonno	≤ una settimana	25%
Difficoltà di concentrazione	≤ due settimane	60%
Forte desiderio di nicotina	≤ due settimane	70%
Irritabilità o aggressività	≤ quattro settimane	50%
Depressione	≤ quattro settimane	60%
Inquietudine	≤ quattro settimane	60%
Aumento dell'appetito	≤ dieci settimane	70%



NTR – Nicotine replacement therapies

Terapie di prima linea	Nicotina	Malattie cardiache
Prodotti non nicotinici	Bupropione	Disordini posturali ed alimentari
	Vareniclina	Insufficienza renale, gravidanza
Terapie di seconda linea	Clonidina	Gravidanza, malattie cardiovascolari assunzione di MAO, attività connesse con la guida
	Nortriptilina	



Posologia dei cerotti transdermici

Superficie del cerotto cm ² Contenuto in nicotina	10 5 mg	20 10 mg	30 15 mg
Contenuto in nicotina (mg/cm ²)	0.83	0,83	0,83
Quantità totale di nicotina (mg/cm ²)	8,3	16,6	25,0
Dose media di nicotina rilasciata in vivo/16 ore (mg)	5,0	10,0	15,0

Applicare il cerotto la mattina su cute glabra e rimuoverlo la sera.
Il trattamento usuale prevede di iniziare con 15mg/die scalando
gradualmente il dosaggio



Effetti collaterali alla somministrazione della nicotina

Modalità di somministrazione	Controindicazioni	Effetti collaterali
Cerotti transdermici	Non applicare sulle ferite	Eruzioni cutanee locali Insonnia
Gomme da masticare	//	Mal di gola, ulcere orali
Compresse	Grave cardiopatia, infarto recente. Recenti eventi cerebrovascolari	Sete, parestesia, alterazioni del gusto, disturbi del sonno
Inalatori	//	Mal di gola, disturbi gastrointestinali tosse
Spray nasale	//	Mal di gola, irritazione nasale, epistassi



Qualche “debole e datata” informazione sul comportamento degli Odontoiatri lombardi

217 of the 250 dental practitioners (86.8%) contacted by telephone from September to December 1994, answered a simple questionnaire. One third of the sample interviewed was formed by current smokers; nevertheless 60.8% of them always advise their patients to give up smoking. Only a relatively small percentage of the questioned dental practitioners (10.6%) do not examine the oral mucosa of the patients on a regular basis and 40% of responders had made a clinical diagnosis of oral cancer in the past.. Despite their smoking habit, Northern Italian dental practitioners self-reported encouraging behaviour towards primary and secondary oral cancer prevention.

Lodi G et al. Oral Oncology 1997



Cancro orale: le attitudini degli odontoiatri

Affermazione	Accordo %	Incertezza %	Disaccordo %
Sono adeguatamente addestrato al counseling anti tabacco	80.9	10.3	8.8
Sono adeguatamente addestrato al counseling anti alcool	76.5	11.2	12.3
Sono adeguatamente addestrato per lo screening del cancro orale	53.8	18.8	27.3
Sono adeguatamente addestrato alla palpazione dei linfonodi	66.8	13.4	19.9

Colella G, Gaeta G, Moscariello A, Angelillo F. Oral Oncology 2008

*Prevenzione primaria del carcinoma orale e counselling per la
cessazione del fumo*

Prof. Carrassi et al.

SIPMO





L'impatto del moderno trattamento medico sull'attesa di vita media (USA)

L'attesa di vita media nei paesi industrializzati è aumentata nello scorso secolo da circa 45 a circa 75 anni. Dei trent'anni guadagnati in attesa di vita non più del venti per cento circa possono essere attribuiti ai progressi della medicina, sicuramente maggiorente fondamentale nella sua capacità di alleviare le sofferenze. I migliori stili di vita sono verosimilmente il maggiore artefice del miglioramento della salute e dell'allungamento dell'attesa di vita

Connelly J, Worth C : Making Sense of Public Health Medicine, Raddcliffe Medial Press Ltd., 1998

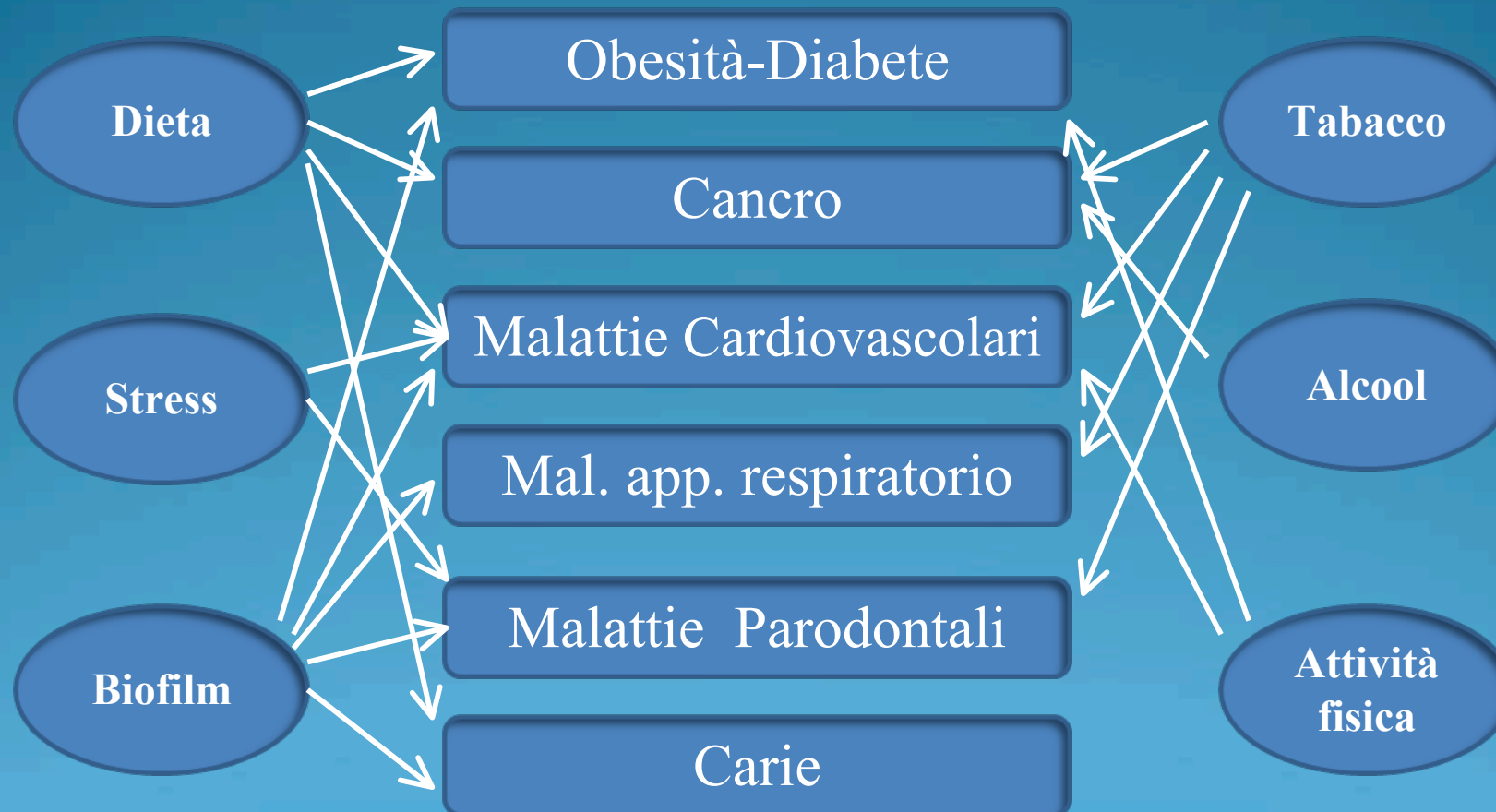
*Prevenzione primaria del carcinoma orale e counselling per la
cessazione del fumo*

Prof. Carrassi et al.





Malattie e fattori di rischio





Il dentista ideale?

comunicazione

competenza

prevenzione

igiene e comfort

Autori:

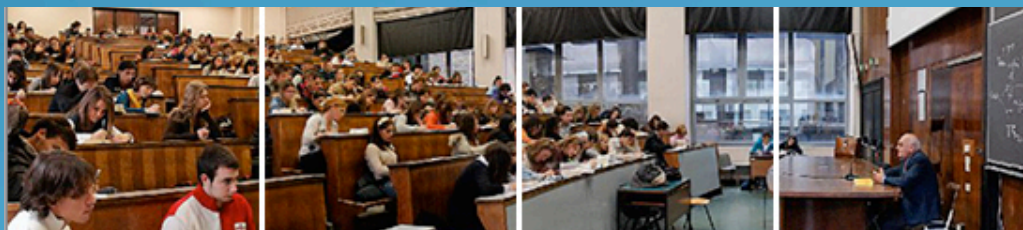
Federica Demarosi

Marco Tarozzi

Antonio Carrassi

Università degli Studi di Milano
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Università degli Studi di Milano e Azienda Ospedaliera San Paolo - Milano



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO