

* *“Perché” e
“come” far
smettere di
fumare il paziente
odontoiatrico*

Fumo di sigaretta e lesioni della
mucosa orale fumo-correlate

Dott. Marco Roghi

Medico Chirurgo

Odontoiatra e Chirurgo Maxillo-Facciale

Rep. di Patologia Orale e Laserterapia

Istituto Stomatologico Italiano



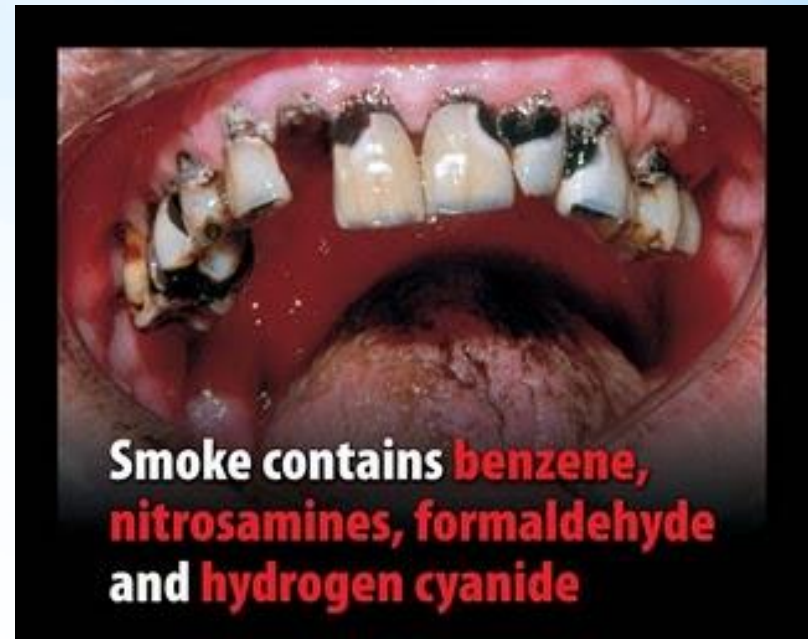
* *“Perché” e
“come” far
smettere di
fumare il paziente
odontoiatrico*

1) Danni da fumo in ambito
odontoiatrico

2) Smoking Cessation



- * **Nicotina:** responsabile della dipendenza farmacologica. In piccole dosi, la nicotina aumenta la f cardiaca e la PA. La nicotina, inoltre, estende l'effetto positivo della [dopamina](#) sull'umore e provoca un aumento della produzione di beta-[endorfine](#). La nicotina è una sostanza [stupefacente](#). I consumatori abituali di nicotina sviluppano una forte [dipendenza](#) psichica dalla sostanza, simile alla dipendenza generata dall'eroina
- * **4.000 altre sostanze di cui almeno un centinaio cancerogene :** [idrocarburi policiclici aromatici](#) (IPA), l'[acroleina](#), 10 specie di [N-nitrosammine](#) e 11 composti (tra cui alcuni radiogenici come il [Polonio-210](#)) appartenenti allo *IARC group 1* dei carcinogeni umani. Il [benzopirene](#) è stato il primo cancerogeno identificato nel fumo.
- * **Sostanze irritanti:** [acido cianidrico](#), [acetaldeide](#), [formaldeide](#), [ossido di azoto](#), [ammoniaca](#), [acroleina](#)) danneggiano la funzione delle mucose dell'apparato respiratorio e, nel caso dell'acroleina, svolgono anche un ruolo significativo come agente mutageno nello sviluppo del cancro ai polmoni.
- * Il **monossido di carbonio** presente nel fumo del tabacco esercita una azione tossica legandosi all'[emoglobina](#) (formando la carbossiemoglobina) e riducendo, di conseguenza, l'ossigenazione sanguigna.



* fumo di sigaretta:
cosa contiene

- * Carcinomi del cavo orale, delle VADS, polmonare, ma anche della vescica, del pancreas, dello stomaco, ecc.
- * Patologie dell'apparato respiratorio di varia natura fino alla broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD),
- * Patologie cardiovascolari come la cardiopatía ischemica, le vasculopatie ostruttive, ecc.



*

La maggior parte delle patologie sistemiche fumo-correlate sono ben note da tempo...

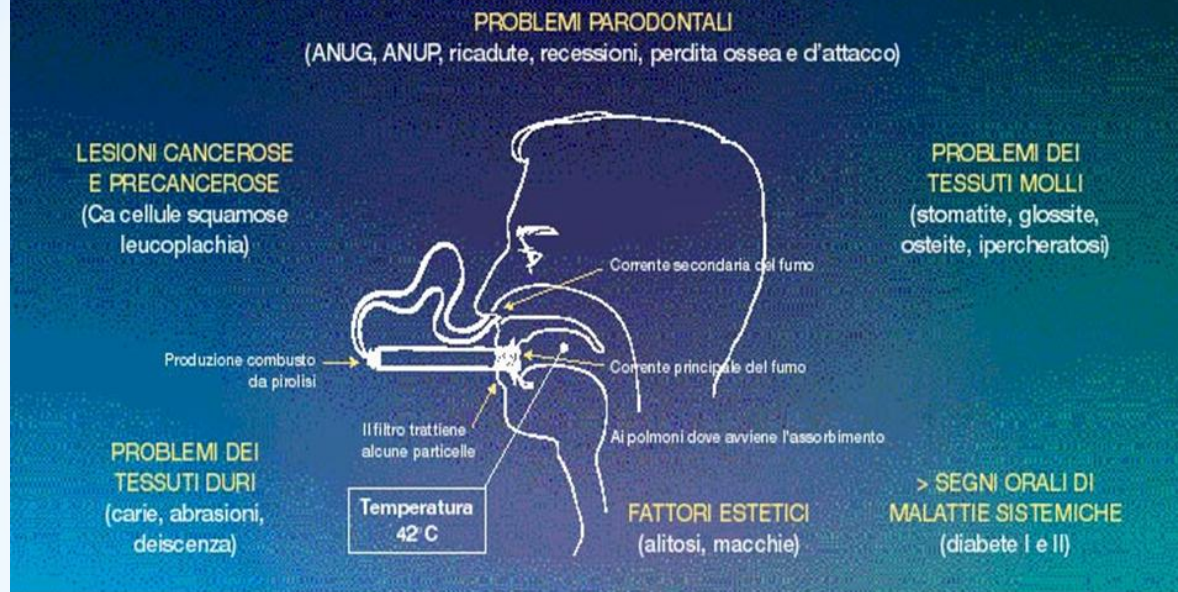
* ...ma esiste una scarsa consapevolezza dei danni del fumo a livello del cavo orale sia da parte dei pazienti che di molti operatori sanitari

* A livello orale il fumo va ad impattare pesantemente sullo stato della mucosa di rivestimento, del parodonto, e dei denti,

ed influisce negativamente sulla prognosi a distanza dei pazienti che abbiano ricevuto terapie parodontali ed implantari, o che le debbano ricevere.

*** Patologie fumo-correlate del cavo orale (odontoiatriche)**

CAVITÀ E TESSUTI BUCCALI: IMPATTO E CONSEGUENZE DEL FUMO



- * Discromie dentali estrinseche
- * Patologia parodontale
- * Melanosi da fumo
- * Lingua nigra villosa
- * Alitosi
- * Disgeusia
- * Alterazioni ecosistema
- * Stomatite nicotinic
- * Ca cavo orale (e suoi precursori)

* Fumo e cavo orale

- * Il fumo è la causa principale del Ca squamocellulare del cavo orale
- * Il fumo è causa di peggioramento clinico di patologie ad aspetto erosivo (Lichen erosivo) o di altre patologie che provochino pirosi (BMS)
- * Il fumo influenza negativamente il successo di alcune metodologie di trattamento (vaporizzazione, scraping ed escissione) delle medesime lesioni fumo-correlate

* **Danni da fumo riconosciuti e gestiti dal Patologo Orale**

*Alcuni esempi di lesioni fumo-correlate

Stomatite nicotinic

(ipercheratosi mucosa palato duro ed infiammazione cronica palato molle, in parte reversibile, da irritazione cronica termico-chimica)



Aree ipercheratosiche mucose geniene



* **Caso 1: quadro tipico di un forte fumatore**

Leucoplachia non omogenea bilaterale delle commissure



Melanosi da fumo

Da aumento della melanina nello strato basale dell'epitelio



* **Caso 2: Altro esempio di lesioni in un forte fumatore**

- * sempre nel medesimo paziente coesiste un quadro di stomatite nicotinicca e di melanosi da fumo; vaste aree di infiammazione cronica a livello del palato molle



Giovane paziente
(23A) fumatore



Altro caso di giovane
fumatore



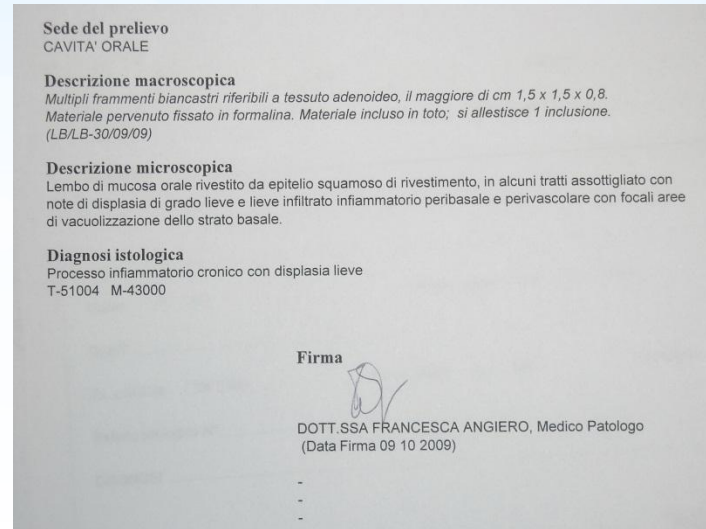
*

Esempi di lesioni leucoplasiche nel
pavimento orale in pazienti
fumatori
(effetto «gravità» di alcool e fumo)

Aspetto a tre settimane dalla dismissione dal fumo



Quadro infiammatorio cronico con displasia lieve (OIN1)



Caso 5: Paziente di 58 anni.
Un caso di successo di **minimal advice**
«personalizzato».

Persistono ancora lesioni fumo-correlate, ma lo stato infiammatorio cronico sta rientrando, ed il paziente è pronto per il trattamento chirurgico delle lesioni displasiche



* **Caso 6: Paziente fumatore, lesioni leucocheratosiche delle commissurali bilaterali, quella di sinistra appare particolarmente estesa e disomogenea**

Laserbiopsia incisoriale (immediato post-op)



Referto istopatologico

Cod. Fiscale BSUCLM47A07F205F


Rich. Dr.: -
Provenienza: ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO

Sede del prelievo
CAVITA' ORALE - Commissura sin.

Descrizione macroscopica
Frammento laminare grigiastro di 5 mm.
Materiale pervenuto fissato in formalina. Materiale incluso in toto; si allestisce 1 inclusione.
(-/PP-13/02/09)

Descrizione microscopica
L'epitelio squamoso di rivestimento è ricoperto da uno spesso strato di lamelle cornee nucleate. Nel connettivo sottoepiteliale vi sono scarsi infiltrati infiammatori.

Diagnosi istologica
Iperparacheratosi
T-51004 M-72600

Firma

DOTT. SSA FRANCESCA ANGIERO, Medico Patologo
(Data Firma 26 02 2009)

Caso 6: referto istopatologico di iperparacheratosi.
Minimal advice → riduzione del numero di sigarette da 20 a 5-6/die

* Controllo post-op a 18m



* Controllo post-op a 18m



* Tale riduzione ha reso maggiormente predicibile, a distanza, il risultato della successiva laserescissione (laser a diodi)

Lesione ventre linguale



Referto istopatologico

Rich. Dr.: -
Provenienza: ISTITUTO STOMATOLOGICO ITALIANO


Sede del prelievo
LINGUA

Descrizione macroscopica
*Frammento laminare grigiastro di 7 mm. resistente al taglio.
Materiale pervenuto fissato in formalina. Materiale incluso in toto; si allestisce 1 inclusione.*

(4/08)

Descrizione microscopica
L'epitelio squamoso di rivestimento, notevolmente ispessito è ricoperto da un abbondante strato di lamelle cornee anucleate, forma alcuni fittoni che si approfondano nei piani sottostanti, ed è costituito, soprattutto negli strati più profondi, da elementi atipici con uno o più nucleoli e da elementi ipercromici. Fra queste cellule si osservano numerose mitosi ed in qualche punto la formazione di perle cornee. L'infiltrato linfocitario peritumorale è abbondante. Margini su lesione.

Diagnosi istologica
Carcinoma Squamocellulare infiltrante G1
T-53000 M-80703

Firma


* **Caso 7: Recidiva di lesione leucoplasica del ventre linguale non omogenea in ex-fumatore, dimostratasi un Ca infiltrante G1**

* (Ex fumatore, 82 anni)



* (Ex-fumatore, 62 anni)

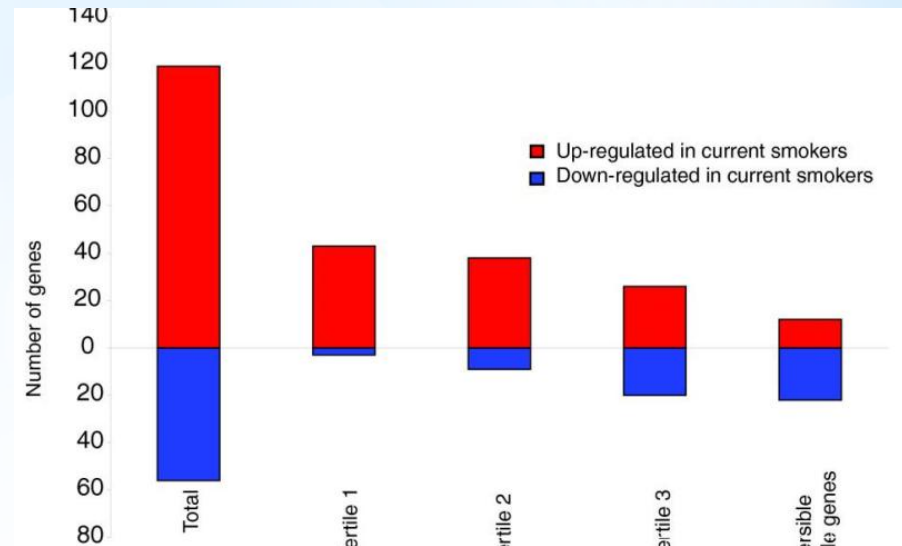


* Altri esempi di Ca
squamocellulari in ex-fumatori

- * Fumo di sigaretta
- * **Alcool** (soprattutto quando associato a fumo di sigaretta: *sinergismo moltiplicativo*)
- * **Traumi cronici**
- * **HPV** (soprattutto il 16, quando associato a fumo di sigaretta; il 70% dei ca orali contengono DNA HPV-16 o 18 e mutazioni del gene p53).
- * **Bimetallismo** (ruolo delle correnti galvaniche)

* Fattori di rischio per il Ca squamocellulare del cavo orale

- * Il **fumo** da solo eleva di 20 volte il rischio di sviluppare il Ca squamocell del cavo orale
- * Il rischio aumenta col numero di sigarette fumate
- * L'**alcool** da solo eleva di 5 volte il rischio
- * **Fumo più alcool** moltiplicano i propri effetti
- * **Meccanismo di azione:** accumulo di mutazioni DNA (over-espressione oncogeni e silenziamento oncosoppressori)

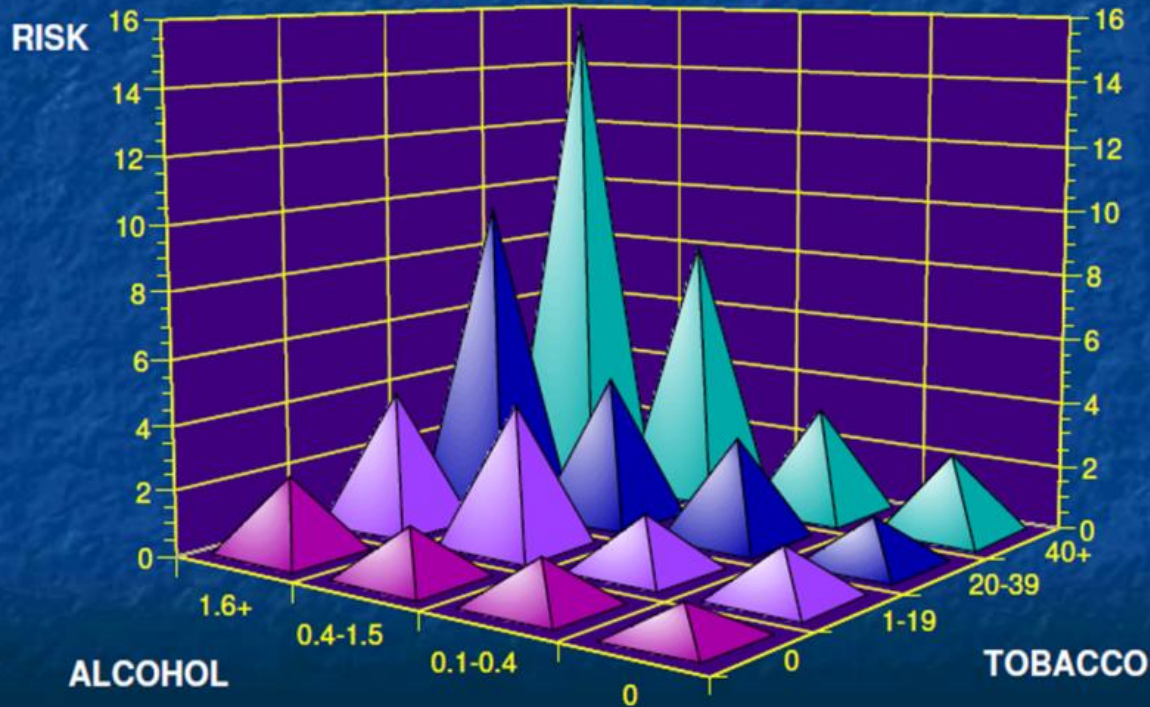


* Rischio legato al fumo ed all'alcool

Scully C, Bagan J,
 «Oral squamous cell carcinoma, overview of current understandings of aetiopathogenesis and clinical implications»
Oral Dis 2009;15(6) 388-99

Relative Risks

For development of oropharyngeal cancers as a result of smoking or alcohol use



* Alcool e fumo: effetto moltiplicativo delle due noxae

* Domanda: “esiste una soglia minima di sigarette/die sotto la quale non esista un rischio oncologico?”

Ovvero: se fumate soltanto 5 sigarette/die, rischiate?

*** Il rischio oncologico del fumo esiste per qualunque quantità diversa dallo 0**

Strulovici-Barel Y, Omberg L, O'Mahony M, Gordon C, Hollmann C, Tilley AE, Salit J, Mezey J, Harvey BG, Crystal RG.

Threshold of Biologic Responses of the Small Airway Epithelium to Low Levels of Tobacco Smoke.

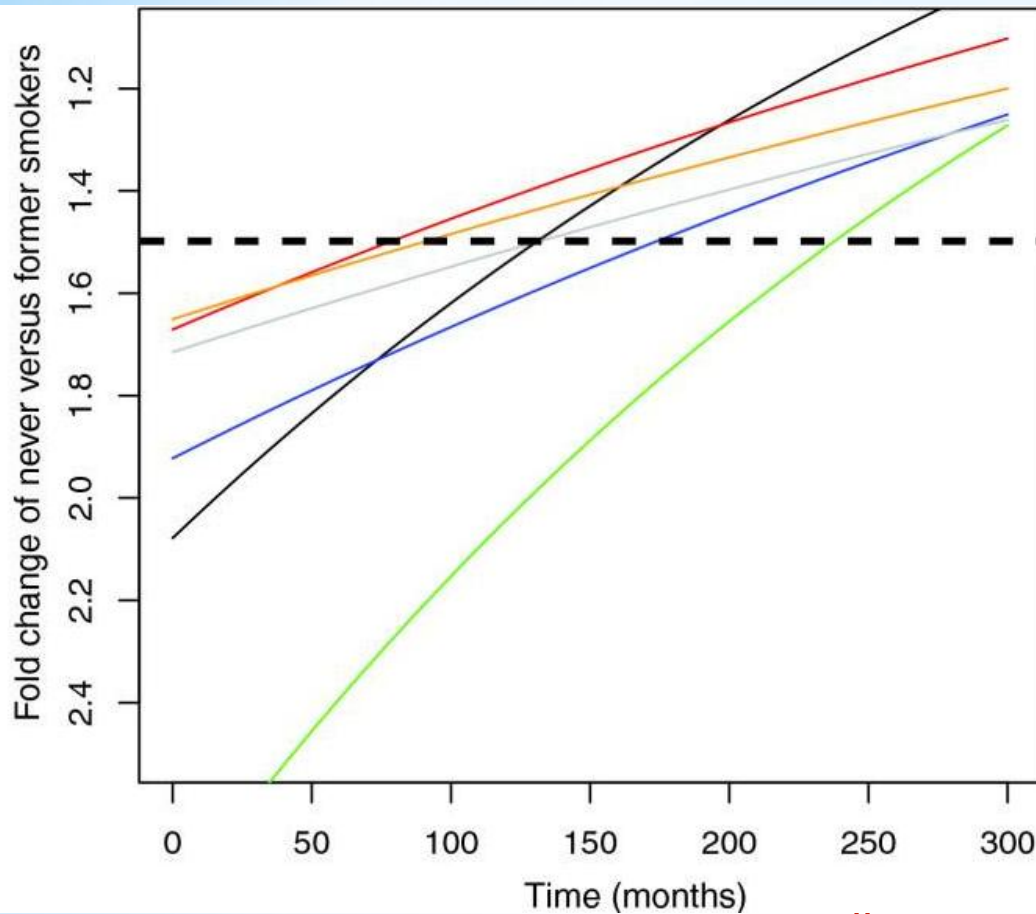
Department of Genetic Medicine, Weill Cornell Medical College, New York, New York, United States.

Am J Respir Crit Care Med. 2010 Aug 6

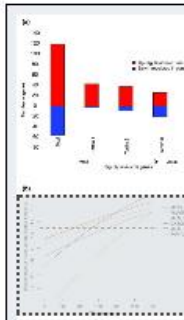
***The small airway epithelium detects and responds to low levels of tobacco smoke with transcriptome modifications.**

* Domanda: il rischio oncologico di un ex fumatore diventa pari a quello di un non fumatore subito dopo la dismissione da fumo?

Ovvero: se smettete di fumare oggi, quando potete dire di avere la stessa probabilità di subire un Ca delle “vads” di un non fumatore? Dopo un anno, cinque anni, vent’anni, mai?



- MT1X (78 months)
- TNFSF13/TNFSF12-TNFSF13 (90 months)
- MT1G (131 months)
- CX3CL1 (131 months)
- MT1F (173 months)
- FAM107A (273 months)



*** Dopo la dismissione da fumo,
il rischio oncologico è l'ultimo ad azzerarsi**

Reversible and permanent effects of tobacco smoke exposure on airway epithelial gene expression.

*Beane J, Sebastiani P, Liu G, Brody JS, Lenburg ME, Spira A.
Genome Biol. 2007;8(9):R201.*

* Il Ca del cavo orale e delle vads è una patologia multifocale proprio perché il principale fattore di rischio (fumo) va ad impattare in maniera uniforme su tutta la superficie mucosa che riveste le prime vie aero-digestive trasformandola in maniera omogenea giorno dopo giorno.

* L'importante
concetto di *field*
cancerization

Field Cancerization

- An entire field of tissue develops premalignant or malignant changes based on exposure to a carcinogen (Tobacco)
- Leads to a high rate of second primary tumor (SPT): 5% per year in cured HNSCC
- ❖ Cancer Prevention
- Mucosal Clonal extension of damage cells

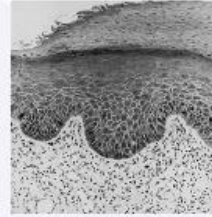
Slaughter, et. al., *Cancer* 1953

Partridge, et. al., *Clin Can Res* 2001

THIS IS AN IMPORTANT CONCEPT TO LEARN

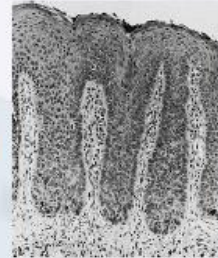
Neoplasia intraepiteliale orale : OIN

OIN 1 : displasia lieve



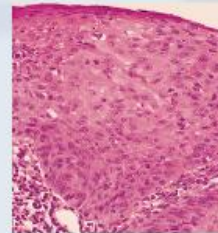
non sono presenti atipie cellulari

OIN 2 : displasia moderata



sono presenti atipie cellulari
mitosi normali

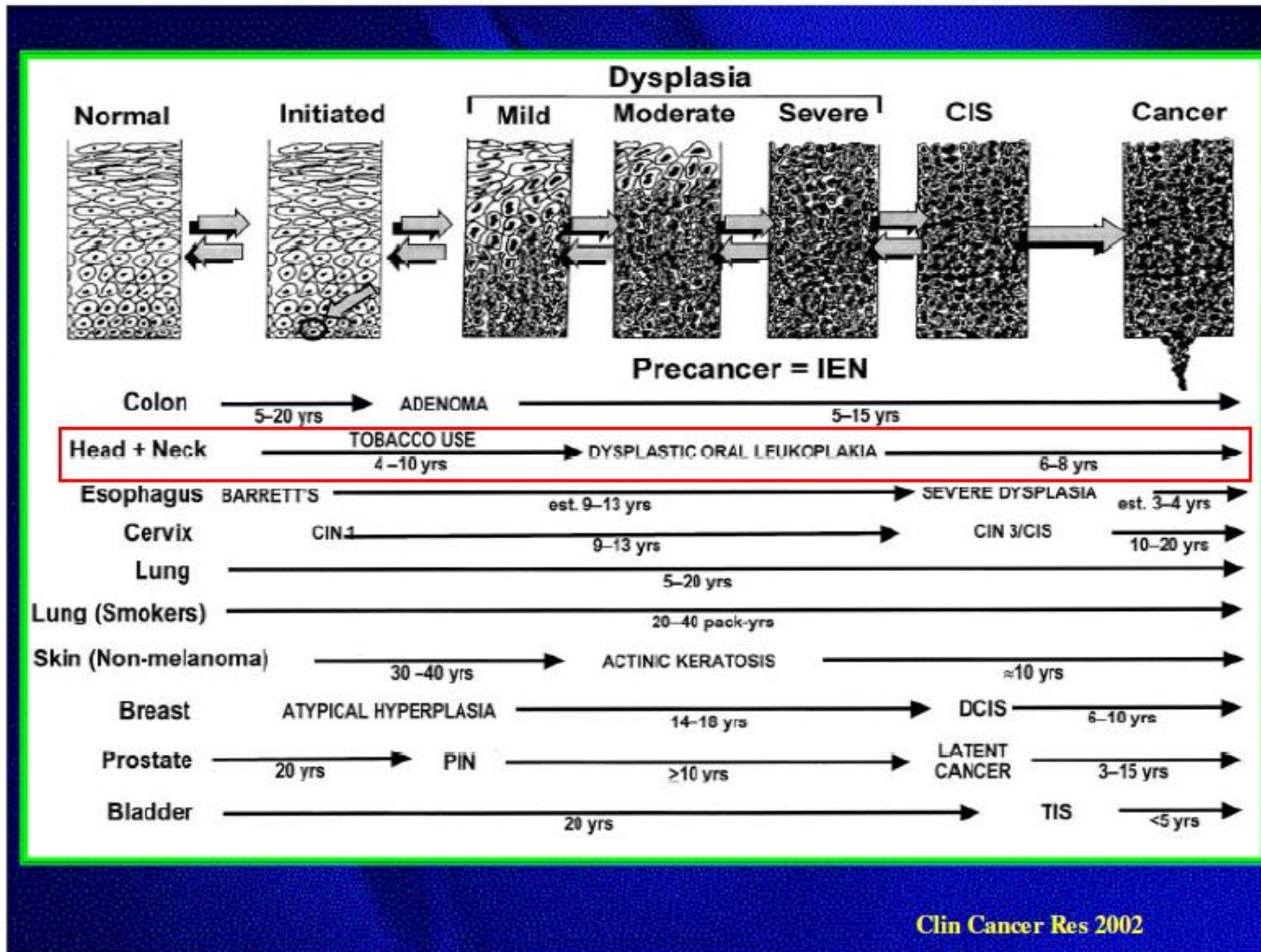
OIN 3 : displasia grave
carcinoma in situ



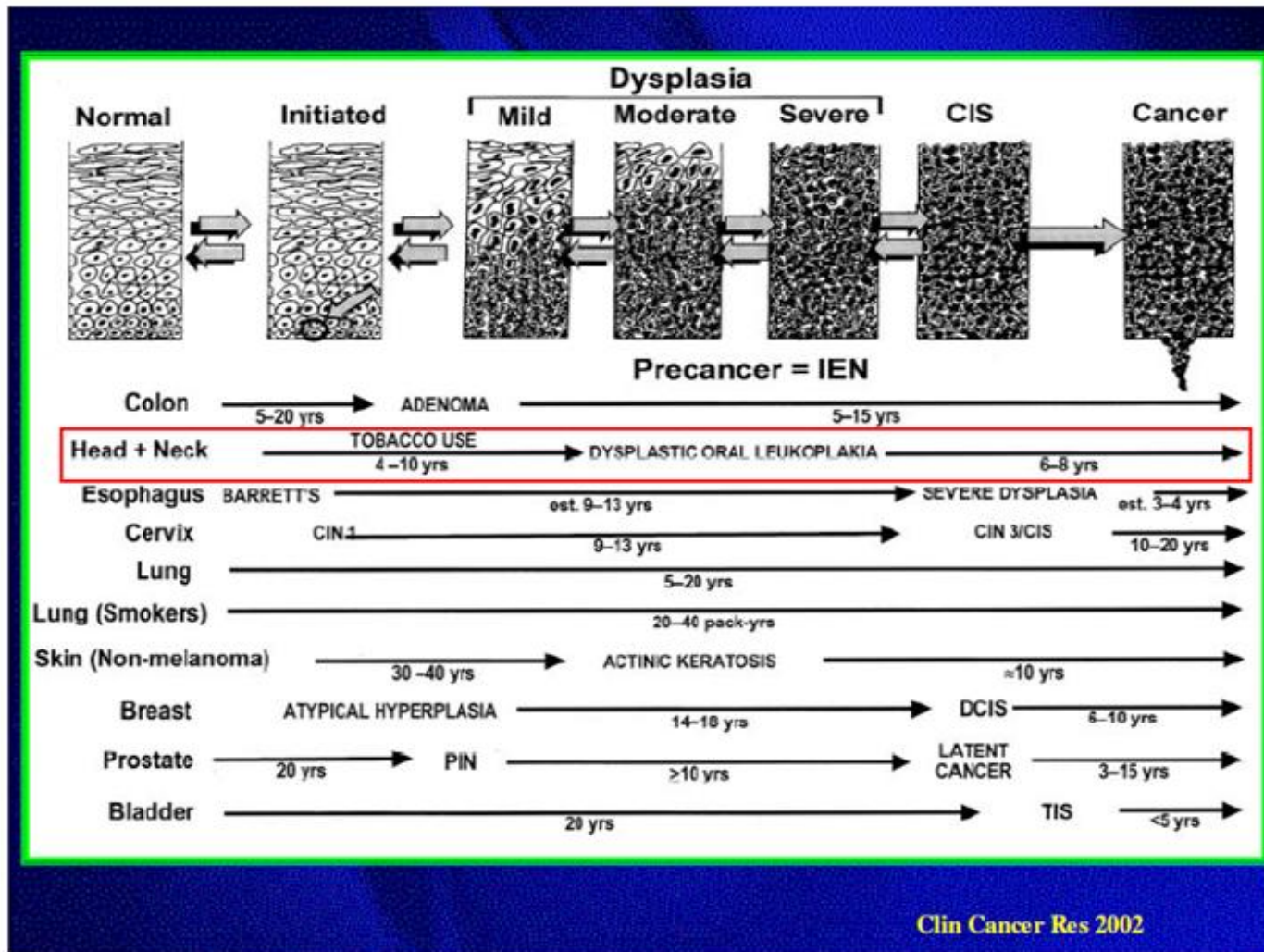
aumento del numero di mitosi
mitosi atipiche
scomparsa della membrana basale

J Reibel, Crit rev Oral biol Med 2003; 14 (1): 47-62

* Il percorso “tessuto sano” > carcinoma prevede **tappe ben definite** ed è un percorso che richiede anche **molti anni**



* 1) la **reversibilità** di queste lesioni diminuisce mano a mano che la loro gravità aumenta



* 2) il **fumo** è un artefice di questa progressione e ne aumenta proporzionalmente la velocità

* Considerata la tempistica,
diventa quindi evidente
come gli operatori
dispongano di molti anni per
effettuare prevenzione

Prevenzione primaria: si attua nel quotidiano, riducendo al minimo o rimuovendo i fattori di rischio (ASO > **minimal advice**).

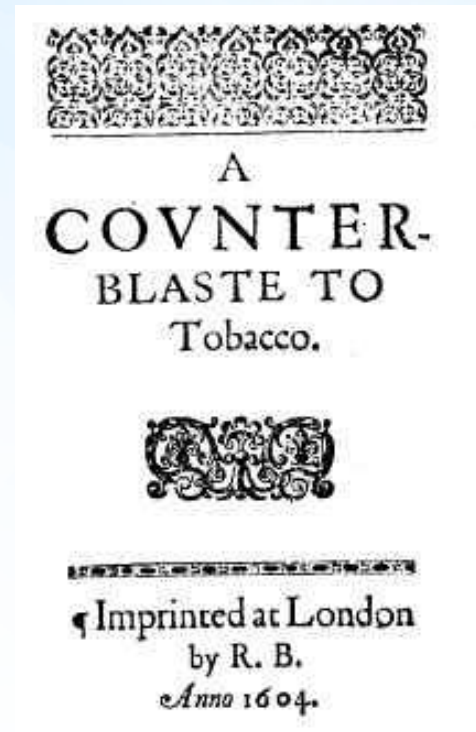
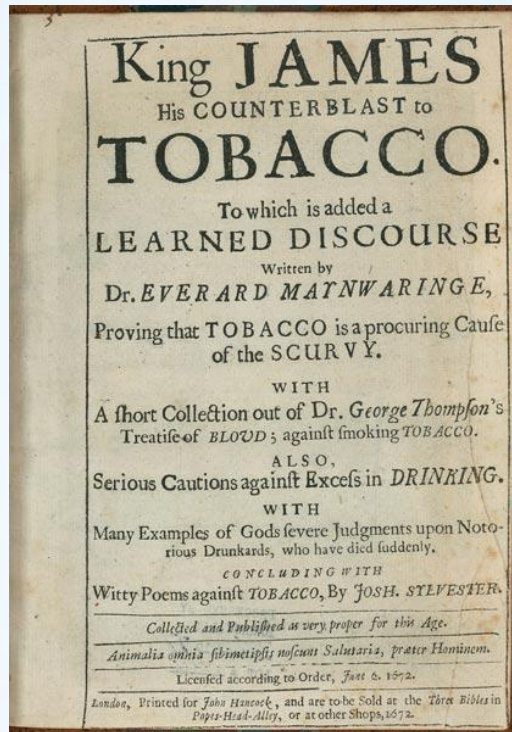
Prevenzione secondaria: è costituita dalla diagnosi precoce (odontoiatra ed igienista > diagnosi precoce)

Prevenzione terziaria: prevenzione delle recidive e delle complicanze

* **Concetto di prevenzione**

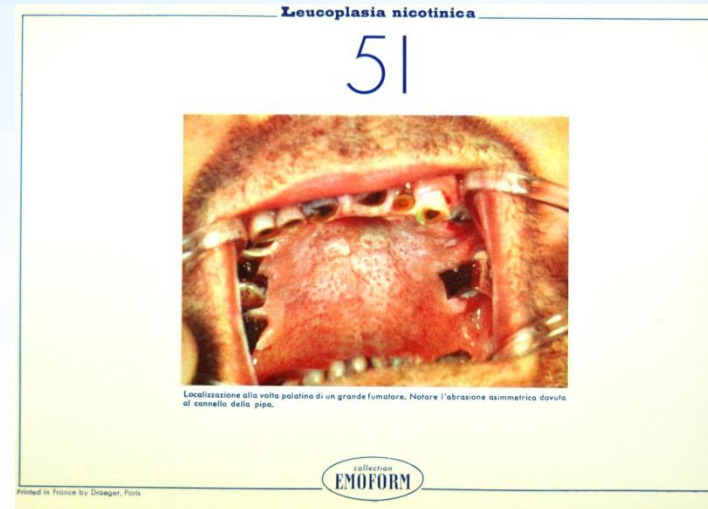
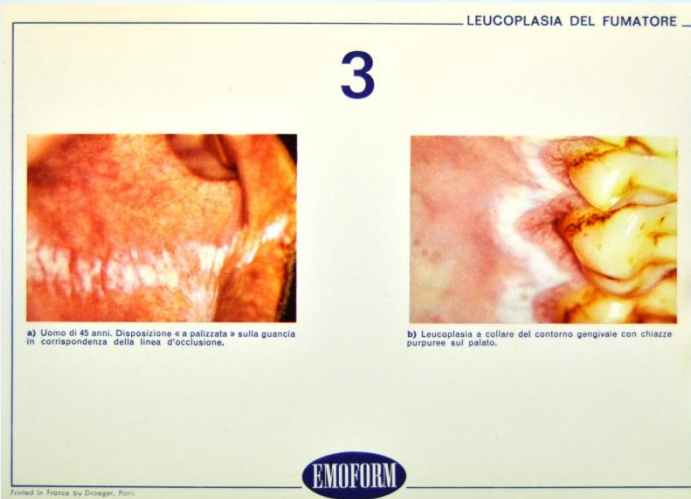
- * L'applicazione di queste tre forme di prevenzione porta alla diminuzione dell'incidenza del Ca orale, ad un aumento della sopravvivenza, e ad una migliore qualità della vita di questi pazienti.
- * Il 30% dei decessi legati al Ca orale potrebbe essere evitato grazie alla prevenzione (studio Prometeo/ISTAT)

*** Importanza della prevenzione**



* La conoscenza dei danni da fumo è vecchia di oltre 400 anni

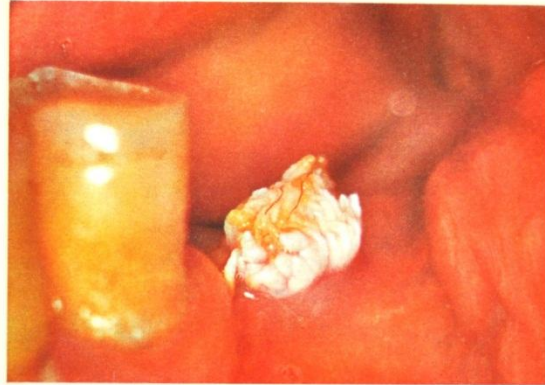
* Ma “conoscenza” vuol dire automaticamente “prevenzione”?



* Arriviamo alla metà del 20° Secolo, con queste immagini tratte da un atlante di Stomatologia dei primi anni '60

Leucoplasia tabagica

35



Uomo di 55 anni. Leucoplasia verrucosa comparsa nel punto in cui il fumatore era solito tenere il cannello della pipa.

collection
EMOFORM

Printed in France by Droege, Paris

Le evidenze scientifiche iniziavano a consolidarsi, ma gli operatori di quella generazione potevano fare poco a liv. di prevenzione primaria «mirata»



* Considerate infatti per un attimo quali erano i modelli vincenti all'epoca



- * A livello mediatico le cose sono iniziate a cambiare soltanto negli anni '60 e '70, con 'aumento delle evidenze scientifiche dei danni da fumo!
(esempio di **prevenzione primaria** attuata nei paesi anglosassoni nel 1960)



- * Altro esempio di **prevenzione primaria**
(qs volta attuata in Italia alla fine degli anni '70,
manifesto della LILT)

*Ed ormai da molti anni i nostri modelli stanno cambiando, almeno a livello di *media*:



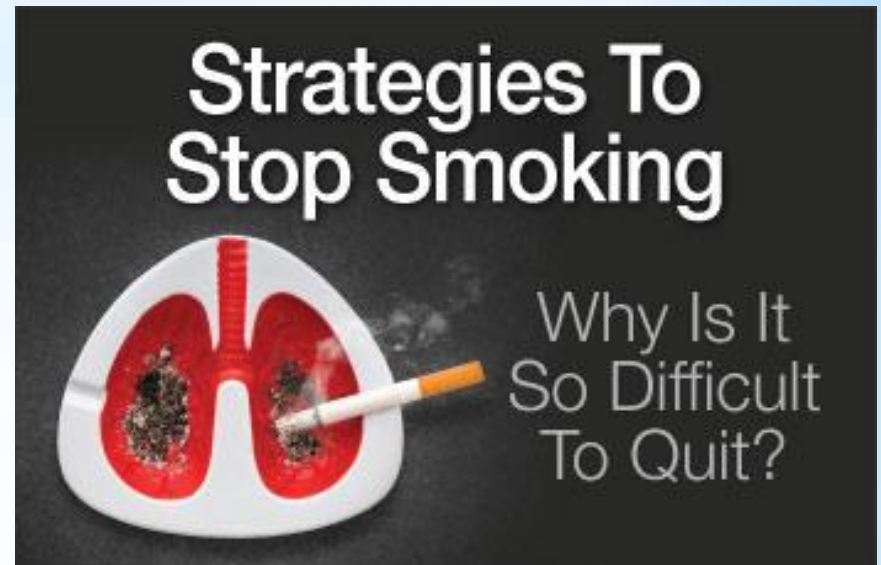


- * Ma incredibilmente il fumo resta ancora di grandissimo appeal per i più giovani, e questo suggerisce la quantità di strada che ancora resta da fare...

- * Tornando alla clinica, nei pazienti con patologie fumo-correlate si spiega al paziente come:
 - * 1) la cessazione del fumo possa in buona parte dei casi influenzare positivamente il decorso della malattia
 - * 2) la cessazione del fumo diventi quindi parte integrante della terapia

*** Dal minimal advice ad un consiglio personalizzato**

- * Evidenze dopo anni di questa mia attività:
- * 1) solo una piccola percentuale dei pazienti con patologie del cavo orale dismettono il fumo su mia indicazione
- * 2) generalmente lo fanno quelli con lesioni più a rischio di cancerizzazione, o con Ca conclamato
- * 3) una parte riprende il vizio entro un anno, o quando pensa di poter abbassare la guardia



* **Limiti di un approccio “non collaudato”**

- * Nasce l'esigenza di un sistema standardizzato che permetta di sensibilizzare, e trattare in senso anti-tabagico con maggior successo, un numero crescente di pazienti
- * Agire sulla motivazioni: il *counseling*



* Ricerca di un metodo

- * Le attuali linee-guida prevedono un approccio combinato con due figure complementari, quella di un medico opportunamente formato e quella di uno psicologo in grado di agire sulle motivazioni (counselling)

* Cooperazione medico-psicologo

- * Ogni struttura ospedaliera offre un ambulatorio “anti-fumo”
- * Sul sito dell’ISS c’è l’elenco dei “centri antifumo” aggiornato al 2015, Numero Verde 800 554 088
- * Il mio referente è il Dott. Roberto Boffi, pneumologo dell’INT di Milano (Via Venezian)
- * 1° accesso con impegnativa del MMG per “1ª visita pneumologica per percorso disassuefazione dal fumo” ticket: 28,50 euro (tel. 02.2390.2307).
- * Invece per una visita in LP i tempi sono più rapidi, costo: 150 euro (tel. 02.2390.1).

* Centri antifumo in Lombardia

- * Prima visita con: 2 questionari,
- * misurazione del CO espirato e una
- * spirometria semplice,
- * counseling telefonico delle psicologhe (almeno 7 tel. in un anno).
- * Seconda visita a 2 o 3 mesi, con un'impegnativa che si fanno fare dal medico curante x “visita pneumologica” (e anche spirometria globale se la 1a era alterata), ossia verso la fine del trattamento farmacologico antifumo che gli prescrivo (ovviamente, se motivati).

* Passi di un approccio strutturato “tipo”

Processo progetto stop – fumo

FASE 1 valutazione medico-psicologica



FASE 2 definizione e assegnazione della terapia

Dott. Marco Roghi

50

50

FASE 3 monitoraggio dell'efficacia della terapia

- * E' chiaro come approcci così strutturati difficilmente possano rientrare, per il tempo e per le risorse richieste, tra le prestazioni comunemente erogate da uno studio odontoiatrico.
- * Tuttavia in uno studio odontoiatrico può essere utilizzato il **minimal advice**, che rientra tra le misure di comprovata efficacia, seppure all'ultimo posto tra queste

MINIMAL ADVICE

Si basa sulla **"REGOLA DELLE 5 A"**

ASK ...chiedere, ad es. se la persona FUMA

ADVISE raccomandare al fumatore di smettere in modo deciso e personalizzato

ASSES identificare la motivazione a smettere (Test di Fagestrom e motivazionale)

ASSIST aiutare a smettere attraverso counselling (opuscolo) e farmacoterapia

ARRANGE pianificare il follow-up: a 3, 6 e 12 mesi

Per il MINAL ADVICE bastano **ASK** e **ADVISE** per un **livello di evidenza 1**

* Ask and Advise:
minimal advice

* **Elevata Efficacia:**

- 1) Le raccomandazioni a smettere di fumare effettuate dai medici e dal personale sanitario, anche in forma breve (minimal advice).
- 2) Il counselling individuale o di gruppo.
- 3) Il counselling rivolto a particolari sottogruppi di popolazione: donne gravide, pazienti con BPCO.
- 4) Il trattamento farmacologico con NRT, bupropione o vareniclina, meglio se associato a counselling.

Moderata Efficacia:

- 1) Materiale di self help per la cessazione dal fumo.
- 2) Interventi rivolti ai genitori delle scuole per prevenire l'esposizione al fumo passivo.
- 3) Interventi attraverso i mass media o nelle scuole per prevenire l'iniziazione al fumo.

- * Voglio insistere su due punti in particolare:
- * Innanzitutto la creazione di un ambiente “**smoke free**” (ruolo del wash-out)
- * Secondariamente, somministrando in maniera mirata un **minimal advice** (continua sensibilizzazione del paziente fumatore)

* Ruolo della ASO

Prevenzione Primaria

Interventi di primo livello praticabili nell'ambulatorio di medicina generale

- Minimal advice
(informazioni e consigli con un colloquio di massimo 2-3 minuti)
- Creare un'alleanza con il fumatore
- Mettere materiale informativo in sala d'attesa
- Rafforzare il ruolo di immagine
(il medico non deve fumare in ambulatorio; i cartelli di divieto vanno fatti rispettare)
- Accertare lo status di fumatore/non fumatore degli assistiti
tra le informazioni anamnestiche in cartella clinica
- Conoscere i principi della terapia sostitutiva nicotinic
- Conoscere i principi della psicoterapia adiuvante
- Collaborare con il Centro anti-fumo (inviare i fumatori motivati)

* Anche senza spingerci in un percorso strutturato, nei nostri studi odontoiatrici è possibile comunque fare la nostra parte

- * Indumenti degli operatori sanitari fumatori
- * Contaminazione aerea degli ambienti di lavoro e tempo di “washout”

* Tob.Control, 2007 Feb;16(1):29-33.

* “Residual tobacco smoke: measurement of its washout time in the lung and of its contribution to environmental tobacco smoke.”

* [Invernizzi G¹](#), [Ruprecht A](#), [De Marco C](#), [Paredi P](#), [Boffi R](#).

*** Dovete creare un
ambiente “smoke free”**

** waiting for about 2 min before re-entry after the last puff would be enough to avoid an unwanted additional exposure for non-smokers.*

*** Ricordate che il
tempo di washout è >
2 minuti**

- * La semplice e continua sensibilizzazione da parte del personale di studio può aiutare a smettere di fumare, ed in qd senso il ruolo di igieniste e di ASO assume particolare valore
- * [“Stop smoking” advice for patients who smoke: feasible in the dental practice?].
- * [Maassen IT](#)¹, [Jacobs JE](#), [Plasschaert AJ](#), [Allard RH](#), [Schattenberg G](#), [Hilberink SR](#).

* Poi è buona pratica
intervenire col
“minimal advice”

- * Clinical guidelines for tobacco use cessation (TUC) counseling recommend that healthcare professionals should provide brief tobacco counseling for all tobacco users.
- * “Implementation of tobacco use cessation counseling among oral health professionals in Finland.”
- * [Amemori M¹](#), [Korhonen T](#), [Michie S](#), [Murtomaa H](#), [Kinnunen TH](#).

* La pratica del
minimal advice
è scientificamente
validata

Chi ha detto che il fumo fa male?



Ho 48 anni e sto benissimo.

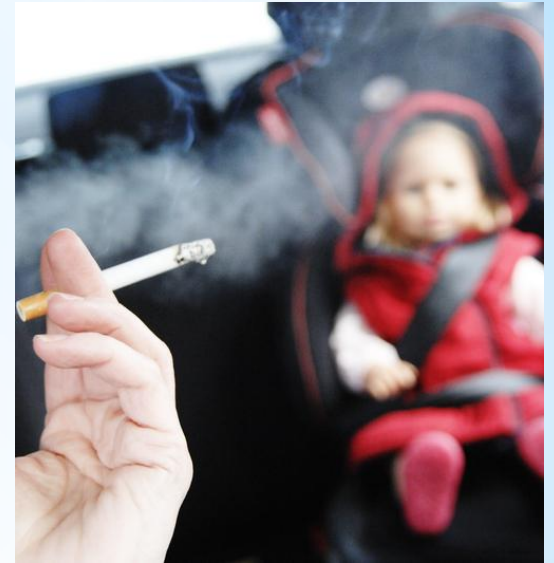


*** Certo occorre trovare brecce
“personalizzate” nelle quali far leva.
Alcune funzionano molto bene nelle
donne...**



* ...altre nei maschietti...

احترس التدخين يدمر الصحة ويسبب الوفاة
الاثار المدمرة للتدخين تصيب المدخن وغير المدخن



*

...altri input funzionano con le mamme, ed in tutti i
soggetti (personale sanitario, insegnanti, nonni) che si
trovino a gestire soggetti in giovanissima età

*Con un po' di intuito, di fantasia, e di conoscenza del paziente (e le ASO hanno un ruolo centrale in questo senso...), il minimal advice potrà divenire pratica abituale...

* Grazie della vostra
attenzione, per qualunque
consiglio o suggerimento mi
trovate qui:

info@studioroghi.it

www.studioroghi.it

