

# Ghidul European al E.N.S.P. pentru tratamentul dependenței de tutun

## Partea întâi

Diagnosticul consumului și dependenței de tutun  
în practica generală

## Curs 1

Evaluarea consumului și dependenței de tutun

## CONSUMUL DE TUTUN

- Consumul de tutun reprezintă cauza principală de îmbolnăvire și moarte prematură în Europa
- Jumătate dintre fumători pierd 20 de ani de viață sănătoasă înainte de a muri de o boală cauzată de tutun<sup>1</sup>.
- În fiecare an, mai mult de 700,000 de europeni decedază datorită afecțiunilor cauzate de fumat.<sup>2</sup>
- Speranța de viață a unui fumător este cu 10 ani mai mică decât cea a unui nefumător.
- Nicotina este un drog care se regăsește în tutun, capabil să inducă o puternică dependență celor ce consumă produse din tutun în mod cronic.

## DEPENDENȚA DE TUTUN ESTE O BOALĂ

- Dependența de tutun este asociată consumului zilnic, pe termen lung, de produse pe bază de tutun precum:
  - Țigări
  - Pipe
  - Trabucuri
  - Narghilea
  - Tutun de mestecat etc.
- Cei mai mulți dintre fumători nu sunt capabili să renunțe la fumat atunci când doresc. În termeni medicali, fumatul cronic se definește ca<sup>3</sup>:
  - Dependență nicotinică sau dependenta de tutun
  - Adicție nicotinică sau de tutun
- **Dependența de tutun este o boală cronică, recidivantă,** și trebuie diagnosticată și tratată la fel ca orice altă boală cronică, recidivantă.

## INTERVENȚII PENTRU CONSUMATORII DE TUTUN

- Reacția cadrelor medicale la consumul de tutun trebuie să fie una singură: să trateze fără întârziere dependența de tutun a fumătorului.
- Netratarea sau neplanificarea tratamentului pacienților dependenți de tutun este considerată o practică greșită.
- Clinicienii ar trebui să ofere sfatul minimal ca o intervenție de minimă consiliere tuturor pacienților care consumă tutun



## O BOALĂ INDUSTRIALĂ DOBÂNDITĂ

- Dependența de tutun este o adicție cauzată de drogul numit nicotină.
- Nicotina inhalată este cunoscută ca un **drog** capabil să determine o adicție cel puțin la fel de puternică precum heroina sau cocaina. De asemenea, nicotina inhalată ajunge în **circulația arterială cerebrală**, prin plămâni, în **șapte secunde**.
- Consumul unei țigări scade pe moment dorința de a fuma, dar provoacă o desensitivizare a receptorilor nicotinici și totodată creșterea numărului acestora, precipitând nevoia pentru următoarea țigară .
- Această stimulare continuă cauzată de consumul de tutun conduce la un consum cronic<sup>4</sup>

## MECANISMUL DE DEZVOLTARE AL DEPENDENȚEI

- În cursul perioadei de inițiere a dependenței tabagice, fumătorul va trebui să-și crească pe parcurs cantitatea de *nicotină* administrată pentru a-și reinduce aceleași senzații intense resimtite o dată cu inițierea și continuarea administrării acestui *drog*.
- După perioada inițială de adaptare, fumătorul va avea nevoie de doza sa individuală de nicotină care să-i asigure o stare neutră și să prevină instalarea fenomenelor de sevraj.
- Această adaptare morfologică care se petrece în sistemul nervos central corespunde fazei de dezvoltare a dependenței fizice<sup>5</sup>
- Dependența nicotinică are două componente:<sup>6</sup>
  - Dependență fizică
  - Dependență psihică

## DEPENDENȚA NICOTINICĂ CONFORM O.M.S.

- Principala caracteristică a dependenței de nicotină este dorința de a resimți efectele farmacologice ale nicotinei și de a evita posibilele fenomene de sevraj și asocierile lor condiționate<sup>8</sup>
  - pozitive (nicotina produce o stimulare psihoactivă) ori
  - negative (disconfortul generat de absența nicotinei)
- Conform criteriilor adoptate de Organizația Mondială a Sănătății, în Clasificarea internațională a bolilor, dependența de tutun este inclusă la secțiunea *Tulburări mentale și comportamentale cauzate de consumul de tutun*, având codul de boală F17

### Nicotine dependence F17

Excludes (others specific codes)

- history of tobacco dependence (Z87.891)
- tobacco use NOS (Z72.0)
- tobacco use (smoking) during pregnancy, childbirth and the puerperium (O99.33-)
- toxic effect of nicotine (T65.2-)

### F17 Nicotine dependence

F17.2 Nicotine dependence

F17.20 Nicotine dependence, unspecified

F17.200..... uncomplicated

F17.201..... in remission

F17.203..... nicotine dependence unspecified, with withdrawal

F17.208..... with other nicotine-induced disorders

F17.209..... with unspecified nicotine-induced disorders

F17.21 Nicotine dependence, cigarettes

website for reference  
<http://www.icd10data.com>

## SINDROMUL DE SEVRAJ NICOTINIC

- Simptomele de sevraj nicotinic sunt provocate de oprirea bruscă a furnizării nicotinei. Sevrajul nicotinic se poate manifesta în primele patru până la douăsprezece ore după încetarea fumatului.
- **Simptomele variază** în funcție de individ și pot include
  - Nevoie acută / incontrolabilă de a fuma (poftă)
  - Iritabilitate / agresivitate / furie
  - Anxietate
  - Neliniște
  - Oboseală
  - Apetit crescut
  - Dificultăți de concentrare
  - Cefalee
  - Depresie
  - Treziri nocturne
  - Amețeli
- Toate aceste manifestări sunt temporare, ating intensitatea maximă în primele 24-72 de ore și scad în intensitate în următoarele trei până la patru săptămâni.

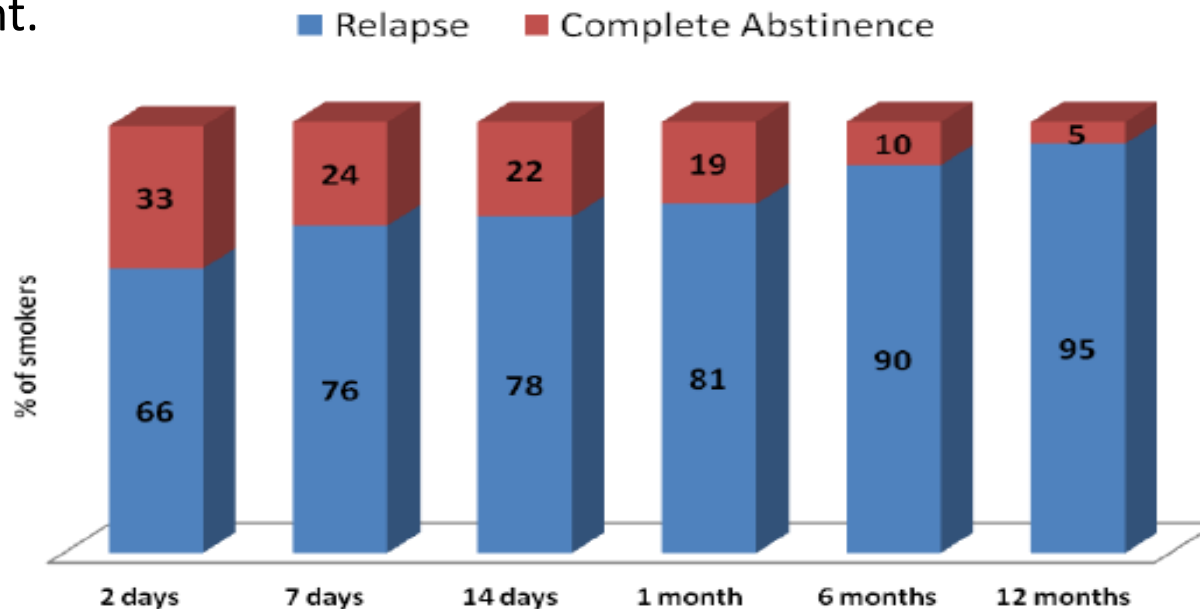


## STATUSUL FUMATULUI

- Se recomandă tuturor clinicienilor să evalueze corect consumul actual și anterior de tutun al pacienților.
- Clasificarea statusului fumatului:
  - **Nefumătorul** este o persoană care nu a fumat mai mult de 100 de țigări în viața sa (sau 100 g de tutun, în cazul pipelor, trabucurilor sau al altor produse pe bază de tutun).
  - **Fumătorul zilnic** este o persoană care a fumat zilnic timp de cel puțin trei luni
  - **Fumătorul ocazional** este o persoană care a fumat, dar nu zi de zi.
  - **Un fost fumător** este o persoană care a renunțat la fumat de cel puțin șase luni

## FUMATUL ESTE O BOALĂ CRONICĂ RECIDIVANTĂ (1)

- **“Recidiva”**: reluarea fumatului curent de către o persoană care a renunțat deja la fumat.
- O **“cădere”** sau o **“alunecare”** denotă consumul de tutun după o perioadă anterioară de abținere, însă fără a conduce la o reîntoarcere la fumatul curent.



**Fig.:** probabilitatea recidivei în primul an după renunțarea la fumat

## FUMATUL ESTE O BOALĂ CRONICĂ RECIDIVANTĂ(2)

- Recomandăm tuturor practicienilor care ajută pacienții identificați ca fumători să abordeze consumul de tutun și dependența de tutun ca pe o tulburare cronică recidivantă și sa o definească în termeni medicali ca dependență de tutun.
- Evaluarea clinică a consumului de tutun este un act medical obligatoriu și trebuie legitimizat ca o intervenție de rutină.
- Evaluarea fumătorilor este un proces care constă în: evaluarea clinică și biologică a expunerii la fumul de tutun, evaluarea dependenței de tutun, evaluarea profilului psiho-comportamental și a consecințelor consumului de tutun asupra sănătății.

## DIAGNOSTICUL CLINIC AL CONSUMULUI ȘI DEPENDENȚEI DE TUTUN

**Diagnosticul clinic** se bazează pe:

- **Statusul fumatului**
  - Nefumător
  - Fumător ocazional
  - Fumator zilnic
  - Fost-fumător
- **Tipul de tutun** folosit
- **Consumul de tutun**
  - Numărul de țigări fumate pe zi;
  - Numărul de pachete/ani
- **Evaluarea dependenței nicotinic/tabagice** în conformitate cu definiția OMS.

## TESTUL DE DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ

- În rutina zilnică, dependența de nicotină este evaluată în special folosind Testul de dependență nicotinică **Fagerström (TDNF)**<sup>12</sup>(Table), care asigură nu doar răspunsuri de tip da/nu, cat și un scor final, cu o bună semnificație clinică.
- TDNF categorisește consumatorii de tutun ca având un nivel de dependență de nicotină redus, mediu sau ridicat.

1. La cât timp după ce vă treziți fumați prima țigară?

Mai puțin de 5 minute (3)  
6-30 minute (2)  
31-60 minute (1)  
Peste 60 minute (0)

2. Vi se pare dificil să vă abțineți de la fumat în locuri unde acesta este interzis (de ex. biserică, cinematograful, tren, restaurant etc.)?

Da (1)  
Nu (0)

3. La care țigară v-ar fi cel mai greu să renunțați?

La prima țigară de dimineață (1)  
La toate celelalte (0)

4. Câte țigări/zi fumați?

10 sau mai puține (0)  
11-20 (1)  
21-30 (2)  
31 sau mai mult (3)

5. Fumați mai frecvent în primele ore după trezire decât în restul zilei?

Da (1)  
Nu (0)

6. Fumați și dacă sunteți atât de bolnav încât sunteți imobilizat la pat în mare parte a zilei?

Da (1)  
Nu (0)

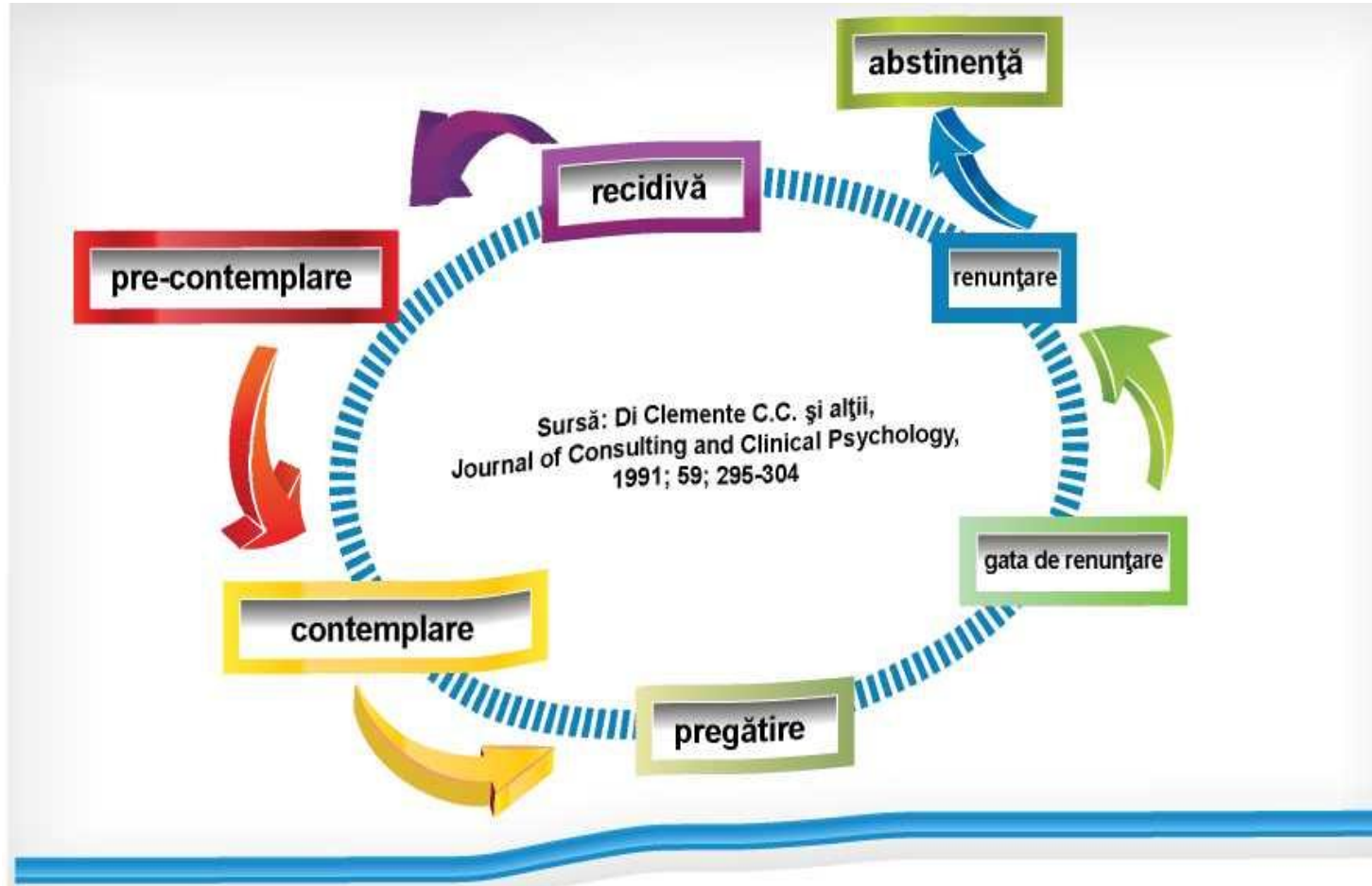
Pacientul poate completa direct chestionarul. Intervalul scorului este cuprins între 0 și 10. Acest lucru permite evaluarea precisă a dependenței de nicotină, pe baza căreia se va elabora terapia:

scor 0 – 3: lipsa dependenței sau dependență ușoară  
scor 4 – 6: dependență medie;  
scor 7 – 10: dependență severă

## MOTIVAȚIA DE A RENUNȚA LA FUMAT

- Conform bine cunoscutului model transteoretic de schimbări comportamentale al lui J.O. Prochaska și C.C. DiClemente, procesul psihologic de renunțare la fumat are 5 etape:
  - **Pre-contemplare:** pacientul este pe deplin satisfăcut de comportamentul său legat de consumul de tutun și nu simte nevoia de schimbare;
  - **Contemplare:** pacientul simte nevoia unei schimbări, dar aceasta nu este suficient de puternică pentru a-l determina să ia măsuri concrete sau să conceapă un plan de acțiune
  - **Pregătire:** pacientul a luat hotărârea de a încerca să-și schimbe comportamentul în raport cu consumul de tutun și este pregătit pentru o schimbare în viitorul apropiat
  - **Acțiune:** pacientul demarează tentativa de renunțare la fumat
  - **Menținere:** abțință pentru cel puțin 6 luni.

**Fig.:** Stadiile schimbării în renunțarea la fumat conform Prochaska 1991







## ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI

- Istoricul medical al pacientului este relevant în alegerea opțiunii terapeutice, în ceea ce privește interacțiunile cu alte medicamente sau eventualele incompatibilități create de o tulburare/co-morbiditate.
- **Depresia și anxietatea** sunt cele mai frecvente tulburări asociate descrise de marii fumători.
- Teste clinice validate în asistarea diagnosticului de depresie și anxietate și în aprecierea severității bolilor:
  - Scala Depresiei și Anxietății
  - Scala de Depresie Hamilton<sup>14</sup>
  - Inventarul de Depresie Beck
- Totodată, este foarte importantă verificarea stării fiziologice a femeilor (sarcină, alăptare, metode de contracepție etc.), pentru a putea organiza eficient programul de renunțare la fumat, în aceste situații.

## DIAGNOSTICUL DE LABORATOR AL DEPENDENȚEI TABAGICE

- Statusul fumătorului poate fi evaluat și prin teste biochimice de laborator, pentru a evidenția biomarkerii expunerii la fumul de tutun; dintre aceștia cei mai des utilizați sunt: concentrația de monoxid de carbon în aerul expirat și nivelul cotininei (metabolit al nicotinei).
  - **Monoxidul de carbon (CO):** se determină ușor, cerând fumătorului să expire într-un analizor portabil, disponibil în comerț. CO este exprimat în ppm (părți per milion)
  - **Cotina:** principalul metabolit al nicotinei, precum și un biomarker al expunerii la fumul de tutun, se poate măsura în sânge, păr, salivă și urină.
  
- Se impun două observații, legate de acest spect:
  1. Măsurarea CO și a cotininei nu oferă aceeași acuratețe în cazul reducerii fumatului, comparativ cu abținerea la fumat.
  2. În cazul în care pacientul folosește terapii de substituție nicotinică pentru a renunța la fumat, interpretarea valorilor cotininei este ambiguă datorită aportului suplimentar de nicotină de la substituenți.

## REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. . 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.
2. European Commission. Tobacco policy. [http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_en.htm)2014.
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
4. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3<sup>rd</sup> ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.
5. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990, 9:701–716.
6. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. Drug use and abuse, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
7. Picciotto M. Molecular biology and knockouts of nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
8. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
9. Benowitz NL. Cardiovascular toxicity of nicotine: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. In: Benowitz NL, ed. Nicotine safety and toxicity. New York, NY, Oxford University Press, 1998, 19–28.
10. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. *British Medical Journal*, 2004, 328:277–279.
11. International Classification of Diseases (ICD-10). <http://www.icd10data.com/>
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331-4.
13. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
14. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
15. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/ nicotine dependence according to ICD10, DSMIIIIR, and DSMIV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155–166.
16. MCCulough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. *J Am Board Fam Med* 2009;22(6):625-632.
17. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
18. Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS\* trial - a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction*. 2011 Apr;106(4):833-43 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205047>