



# ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ

ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΚΠΑ  
ΜΟΝΑΔΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ Κ.Ε.Θ.  
ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ ΟΜΑΔΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ Ε.Π.Ε.

# ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Travel fees, honoraria, advisory board από  
GSK, Astra, Pfizer, Chiesi

1. Χρόνια νόσος εξάρτησης από τη νικοτίνη
2. Φαρμακευτική αγωγή
3. Συμπεριφορών θεραπεία
4. Νεότερα καπνικά προϊόντα
5. Θεραπεία μέσω κινητών τηλεφώνων
6. Διαδικτυακές θεραπείες
7. Αξιολόγηση πληροφορίας

# Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΕΙΝΑΙ ΝΟΣΟΣ

## Ταξινόμηση της εξάρτησης κατά ICD-10-CM από τον ΠΟΥ<sup>1</sup>

ICD-10 Diagnostic Codes for Nicotine Dependence, effective October 1, 2015	
<b>E17 Nicotine Dependence</b>	
<b>E17.2 Nicotine dependence</b>	
<b>F17.20 Nicotine dependence, unspecified</b>	
F17.200 Nicotine dependence, unspecified, uncomplicated	
F17.201 Nicotine dependence, unspecified, in remission	
F17.203 Nicotine dependence unspecified, with withdrawal	
F17.208 Nicotine dependence, unspecified, with other nicotine-induced disorders	
F17.209 Nicotine dependence, unspecified, with unspecified nicotine-induced disorders	
<b>F17.21 Nicotine dependence, cigarettes</b>	
F17.210 Nicotine dependence, cigarettes, uncomplicated	
F17.211 Nicotine dependence, cigarettes, in remission	
F17.213 Nicotine dependence, cigarettes, with withdrawal	
F17.218 Nicotine dependence, cigarettes, with other nicotine-induced disorders	
F17.219 Nicotine dependence, cigarettes, with unspecified nicotine-induced disorders	
<b>F17.22 Nicotine dependence, chewing tobacco</b>	
F17.220 Nicotine dependence, chewing tobacco, uncomplicated	
F17.221 Nicotine dependence, chewing tobacco, in remission	
F17.223 Nicotine dependence, chewing tobacco, with withdrawal	
F17.228 Nicotine dependence, chewing tobacco, with other nicotine-induced disorders	
F17.229 Nicotine dependence, chewing tobacco, with unspecified nicotine-induced disorders	
<b>F17.29 Nicotine dependence, other tobacco product</b>	
F17.290 Nicotine dependence, other tobacco product, uncomplicated	
F17.291 Nicotine dependence, other tobacco product, in remission	
F17.293 Nicotine dependence, other tobacco product, with withdrawal	
F17.298 Nicotine dependence, other tobacco product, with other nicotine-induced disorders	
F17.299 Nicotine dependence, other tobacco product, unspecified nicotine-induced disorders	

1. The national Centre for Health Statistics (NSHS). International Classification of Diseases (ICD), Tenth Revision, clinical modification (ICD-10-CM). USA. October 2015.

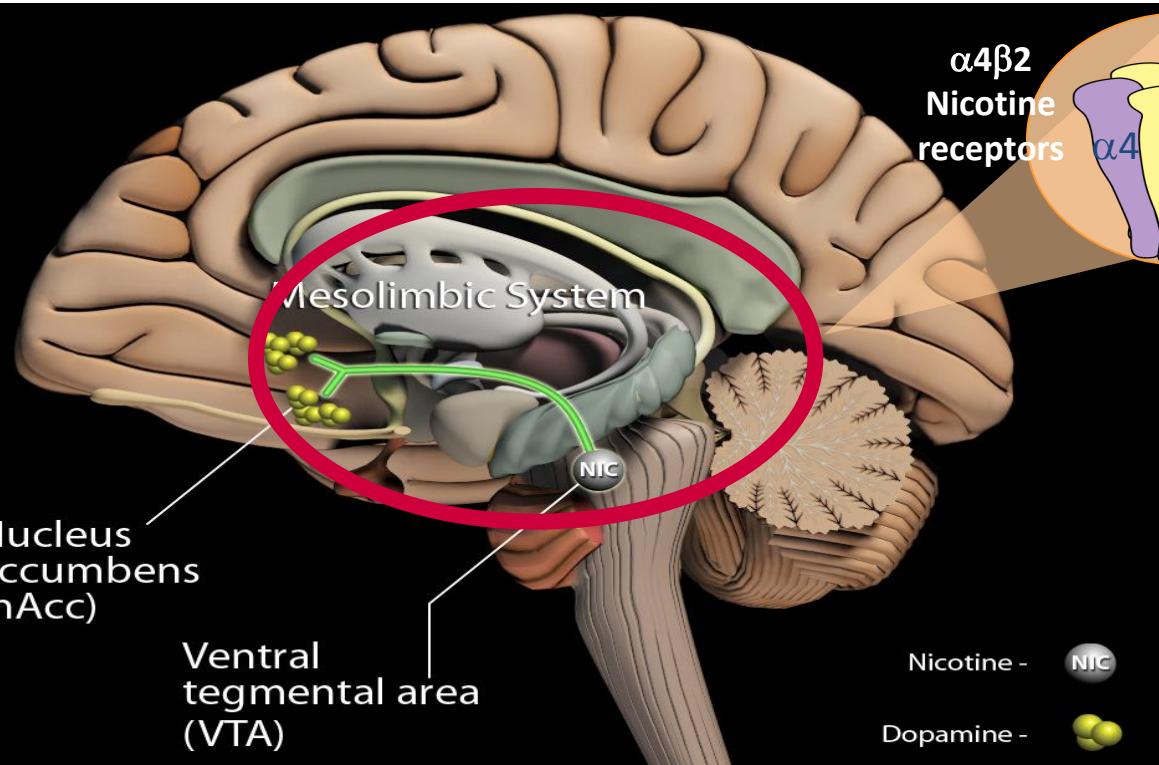
# ΓΙΑΤΙ Η ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΕΙΝΑΙ ΤΟΣΟ ΕΘΙΣΤΙΚΗ;

## Βαθμονόμηση εξάρτησης (0 – 3)<sup>1</sup>

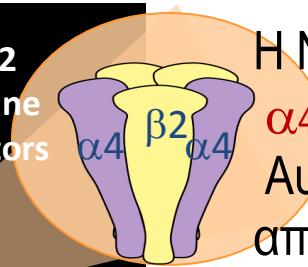
Substance	Mean Dependence	Pleasure	Psychological Dependence	Physical Dependence
Heroin	3.00	3.0	3.0	3.0
Cocaine	2.39	3.0	2.8	1.3
Tobacco	2.21	2.3	2.6	1.8
Alcohol	1.93	2.3	1.9	1.6
Amphetamine	1.67	2.0	1.9	1.1
Cannabis	1.51	1.9	1.7	0.8

# Πώς εξαρτώμαστε από τη νικοτίνη

## Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΑΜΟΙΒΗΣ



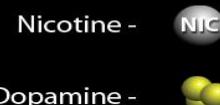
$\alpha 4\beta 2$   
Nicotine  
receptors



Η Νικοτίνη συνδέεται με τους  $\alpha 4\beta 2$  υποδοχείς.

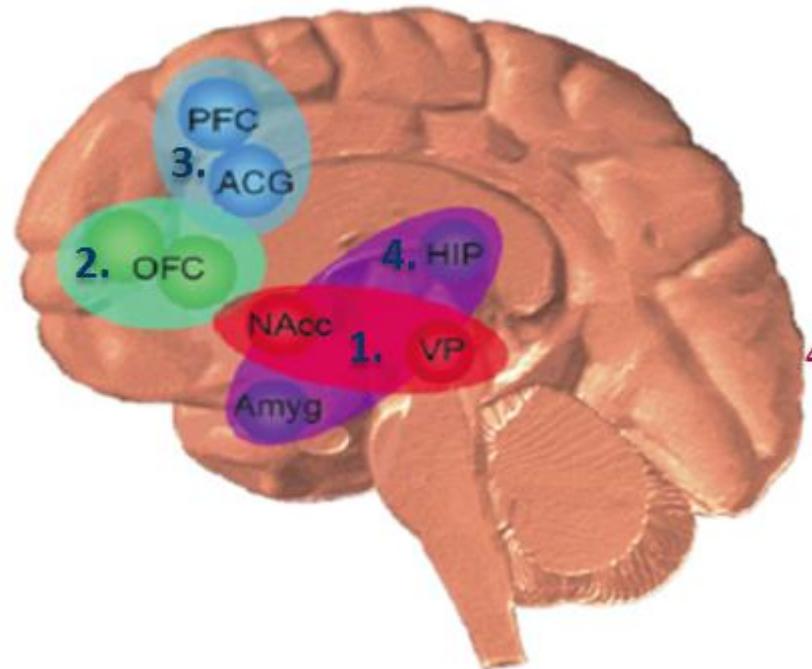
Αυτή η σύνδεση έχει ως αποτέλεσμα να εκλύεται ντοπαμίνη κι επομένως το συναίσθημα της ανταμοιβής (VTA & nAcc: **Brain reward system**).

Η χρόνια χρήση της νικοτίνης οδηγεί σε απευαισθητοποίηση των υποδοχέων (**desensitization**) και αύξηση αυτών (**up-regulation**).



# ΝΕΥΡΟΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

1. LIKING: Reward and reinforcement.  
Nucleus accumbens (NAcc).
2. WANTING: Compulsion and craving  
Orbitofrontal cortex (OFC).
3. CONTROL: Inhibition of impulses to act.  
Prefrontal cortex (PFC)  
& Anterior cingulate gyrus (aCG).
4. MEMORY: Memory, learning and habits.  
Amygdala (AMG),  
Hippocampus (Hippo),  
Striatum
5. Representation of bodily urges (insula cortex)
6. Stress hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis.



# ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Οι δύο σημαντικότεροι λόγοι είναι:

1. Φίλοι καπνιστές
2. Γονείς καπνιστές<sup>1,2,3</sup>

Άλλοι λόγοι<sup>3</sup>:

Χαμηλή μόρφωση, επαναστατικότητα, αναζήτηση ευχαρίστησης  
Επηρεασμός από διαφημίσεις, κινηματογράφο κλπ

## Πιθανότητα εθισμού μετά από εφάπαξ χρήση ουσίας

Tobacco	32%
Heroin	23%
Cocaine	17%
Alcohol	15%
Stimulants	11%
Anxiolytics	9%

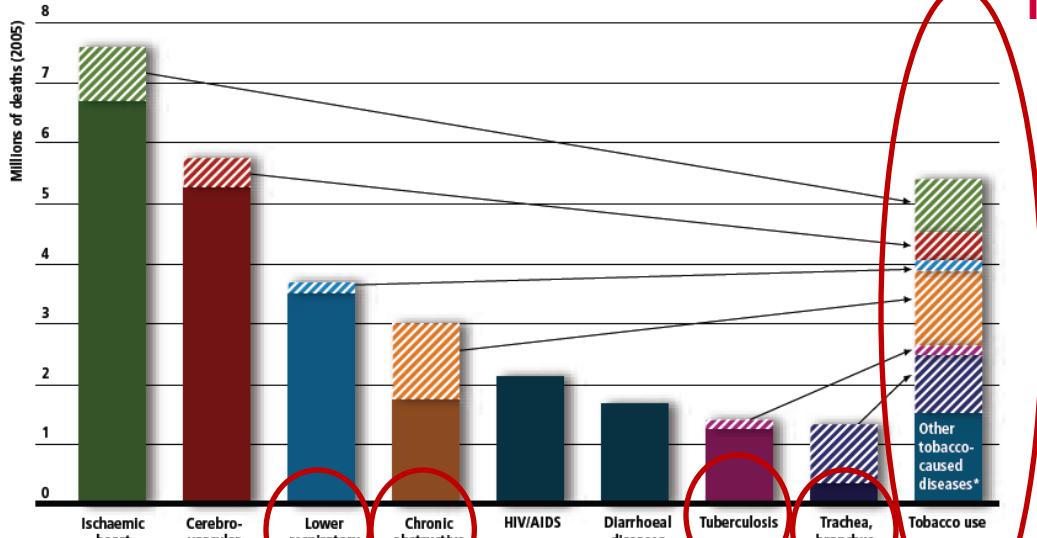
Οι περισσότεροι καπνιστές ξεκινούν να καπνίζουν σε νεαρή ηλικία  
88% έως τα 18 έτη  
99% έως τα 26 έτη

<sup>1</sup>Oh et al, BMC Public Health, 2010 ; <sup>2</sup>Wellman et al, Am J Prev Med, 2016;

<sup>3</sup>de Vries et al, Health Educ Res, 2003

Inhalants	4%
Stahl's Essential Psychopharmacology, 3 <sup>rd</sup> ed. 2008	

“ Ο καλύτερος τρόπος για πρόληψη των νόσων του αναπνευστικού είναι η μείωση της χρήσης του καπνού...”



## Καρκίνος τνεύμονα

ΧΑΠ

Λοιμώξεις κατώτερου  
αναπνευστικού



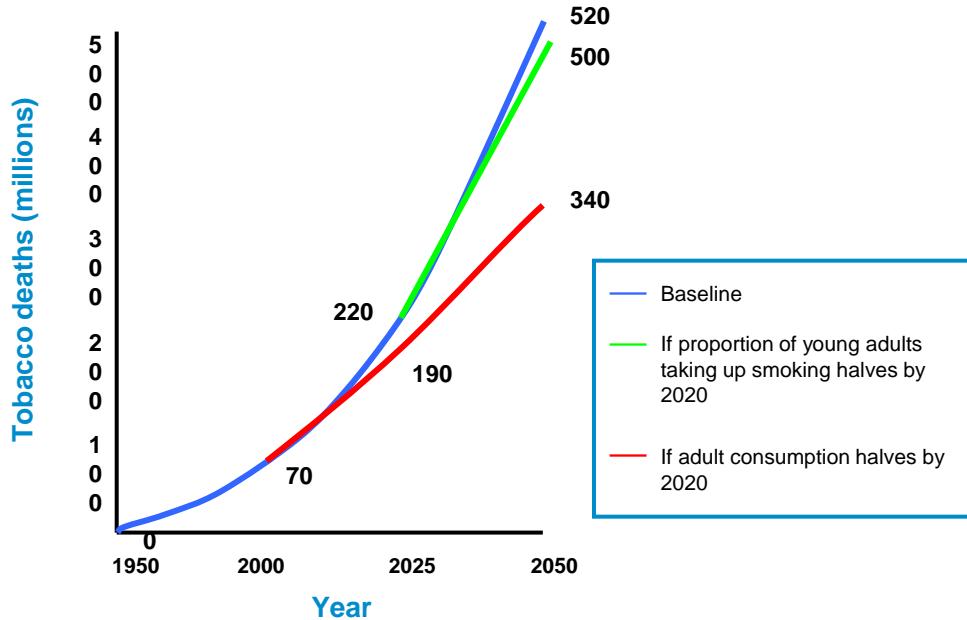
Άσθμα

Tbc

Είμαστε οι νικητές στη «θνησιμότητα»

# ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΜΕΙΩΣΟΥΜΕ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ;

## Στρατηγικές παρέμβασης για τη μείωση των θανάτων



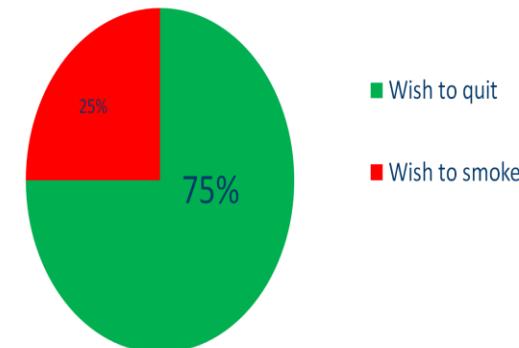
1. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. World Bank Publications, 1999. p80.

1. Χρόνια νόσος εξάρτησης από τη νικοτίνη
2. Φαρμακευτική αγωγή
3. Συμπεριφορών θεραπεία
4. Νεότερα καπνικά προϊόντα
5. Θεραπεία μέσω κινητών τηλεφώνων
6. Διαδικτυακές θεραπείες
7. Αξιολόγηση πληροφορίας

# ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ)

Οι περισσότεροι καπνιστές γνωρίζουν ότι πρέπει να διακόψουν το κάπνισμα

- 70% θέλουν να διακόψουν.
- 40% έχουν αποπειραθεί να διακόψουν στο παρελθόν
- Παρόλα ταύτα μόνο ένα 3% των καπνιστών κατορθώνουν να το κόψουν μόνοι τους κι από αυτούς οι περισσότεροι υποτροπιάζουν.



Ο λόγος;

Οι περισσότεροι καπνιστές δε χρησιμοποιούν φάρμακα στη διαδικασία της διακοπής

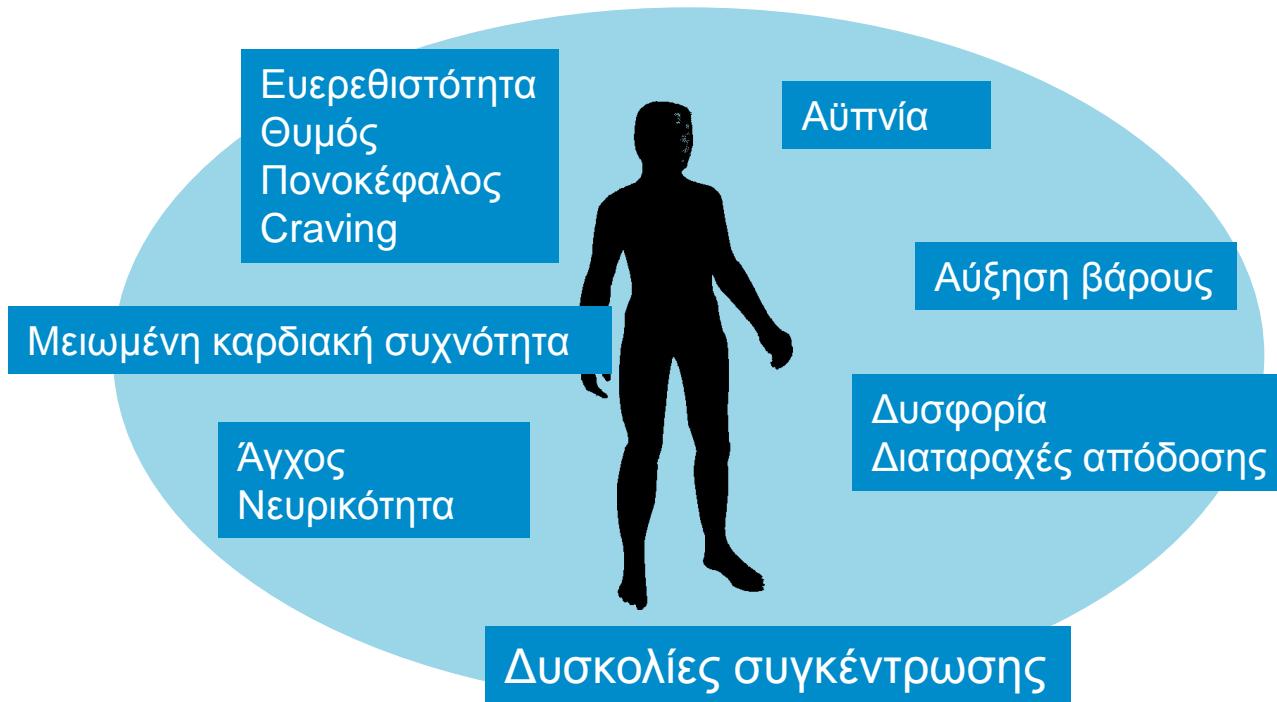
# **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ)**

**Η θεραπευτική παρέμβαση σκοπεύει να:**

- Κινητοποιήσει τους καπνιστές να διακόψουν.
- Στην ενισχύσει τους καπνιστές στη διαδικασία της διακοπής.
- Απαλύνει το στερητικό σύνδρομο.
- Πρόληψη υποτροπής.

**Επιτυγχάνεται μερικές φορές μετά από επανειλημένες προσπάθειες.**

# Σύνδρομο εξάρτησης από τη νικοτίνη



# ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

1. Μείωση της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα και των συμπτωμάτων στέρησης
2. Μείωση του εθισμού μέσω της μείωσης του αριθμού των υποδοχέων νικοτίνης σε διάστημα μερικών εβδομάδων.
3. Σωστή δοσολογία και επαρκές χρονικό διάστημα.

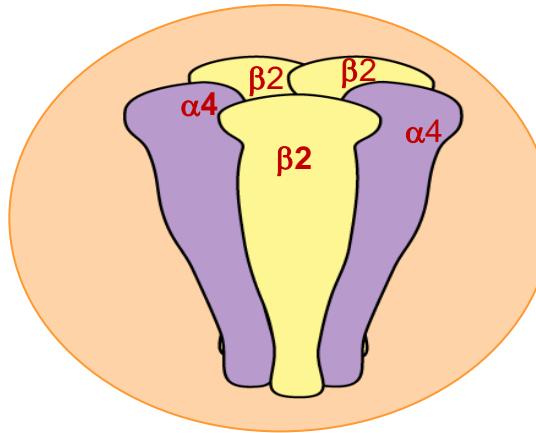
Υπάρχουν τρία φάρμακα πρώτης γραμμής, αποτελεσματικά και ασφαλή:

1. Θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη (NRTs)
2. Βουπροπιόνη
3. Βαρενικλίνη

Henningfield JE. CA Cancer J Clin 2005;55:281  
Hughes JR. Nicotine Tob Res 2005;7:491  
West R. Smoking cessation guidelines: an update. Thorax 2000;55:987

# ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ  $\alpha_4\beta_2$



$\alpha_4\beta_2$   
Κύριοι Νικοτινικοί  
Υποδοχείς

A. ΠΛΗΡΗΣ ΑΓΩΝΙΣΤΗΣ:

Νικοτίνη

B. ΜΕΡΙΚΟΣ ΑΓΩΝΙΣΤΗΣ:

Βαρενικλίνη

# NRTs

## 1. Μακράς δράσης:



Patch 16h: 25mg, 15mg, 10mg, 5mg  
Patch 24h: 21mg, 14mg, 7mg

Η θεραπεία πρέπει να διατηρηθεί για τρεις τουλάχιστον μήνες

## 2. Βραχείας δράσης:



**Chewing Gum 2mg,4mg**

**Sublingual tablets/lozenges 1mg, 2mg, 4mg**

**Nicotine 'Inhaler' 10mg  
4mg/2mg**

**Nicotine Spray (0.5mg each)**

# Νικοτίνη

Nicotine

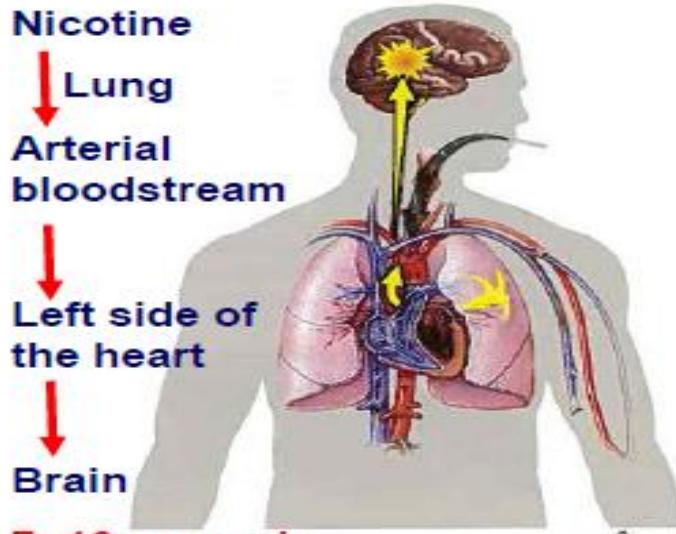
Lung

Arterial  
bloodstream

Left side of  
the heart

Brain

7 -10 seconds



Nicotine

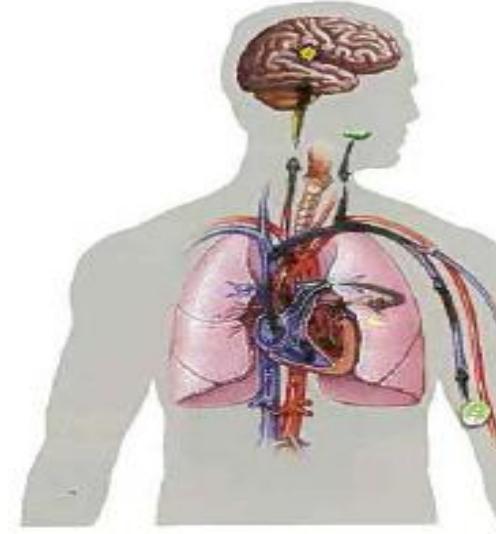
Skin

Venous  
system

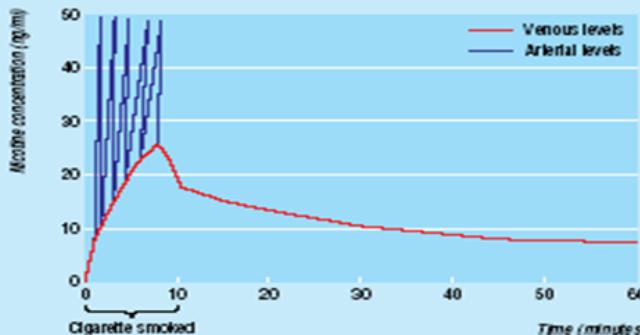
Right side of  
the heart

Left side of  
the heart

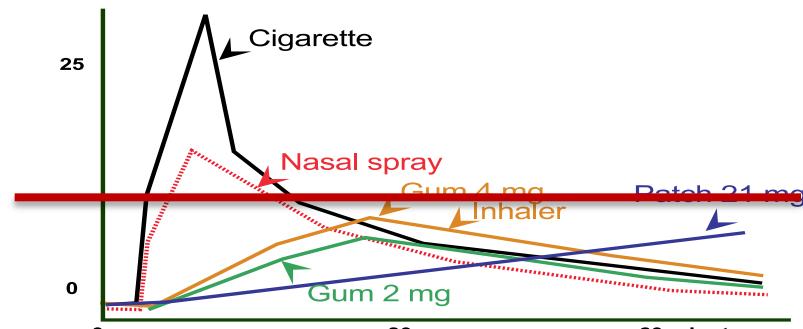
Brain



Nicotine concentration (ng/ml)



Nicotine plasma ng/ ml



# ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η αρχική δόση (25/15 ή 21mg/24h) πρέπει να διατηρείται για 2-4 εβδομάδες.

Προοδευτική μείωση κάθε 2 ή 1 βδομάδα.

ΤΙΤΛΟΠΟΙΗΣΗ

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ NRTs

- Ιδανικά χωρίς NRT
- Αν η έγκυος δε μπορεί (ή δε θέλει) να διακόψει χωρίς φαρμακευτική βοήθεια τα NRT μπορεί να χρησιμοποιηθούν καθώς ο κίνδυνος για το έμβρυο είναι μικρότερος απ' ότι αυτός του καπνίσματος.
- Στόχος είναι η πλήρης αποχή, αλλά εάν δε μπορεί να επιτευχθεί τα Patch νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην εγκυμοσύνη ως πιο ασφαλής επιλογή, με προτίμηση στις μορφές βραχείας δράσης. Αν υπάρχουν έντονη ναυτία και έμετοι μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τα patches (τα οποία θα πρέπει να αφαιρούνται το βράδυ)

<https://www.medicines.org.uk/emc/product/6437/smpc=#FORM>

Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, Rovina N, Vivilaki V, Gratiou C, Katsaounou PA  
[Smoking cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners.](#) Tob Induc Dis. 2019

# ΒΟΥΠΡΟΠΟΝΗ

- Μπλοκάρει εκλεκτικά τη νορεπινεφρίνη και την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης.
- Ανταγωνιστής των υποδοχέων νικοτίνης.
- Μπλοκάρει τις ενισχυτικές δράσεις της νικοτίνης.
- Τρίμηνη Θεραπεία

# ΒΑΡΕΝΙΚΛΙΝΗ

- Διάρκεια θεραπείας : 12 εβδομάδες
- Εάν η ΗΣΔ δεν έχει επιτευχθεί μπορούν να γίνουν επιπλέον 1-2 προσπάθειες
- Η θεραπεία μπορεί να συνεχισθεί για 12 επιπλέον εβδομάδες σε:
  - Καπνιστές που διέκοψαν αλλά έχουν έντονη επιθυμία
  - Καπνιστές με πολλές υποτροπές

# ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Μονοθεραπείες	Est OR (95% CI)	Est Abstinent Rate (95% CI)
Εικονικό φάρμακο	1.0	13.8
Επίθεμα νικοτίνης Επίθεμα υψηλής δόσης	1.9 (1.7-2.2) 2.3 (1.7-3.0)	23.4 (21.3-25.8) 26.5 (21.3-32.5)
Εισπνεόμενο νικοτίνης	2.1 (1.5-2.9)	24.8 (19.1-31.6)
Τσίχλα νικοτίνης	1.5 (1.2-1.7)	19.0 (16.5-21.9)
Βουπροπιόνη	2.0 (1.8-2.2)	24.2 (22.2-26.4)
Βαρενικλίνη	3.1 (2.5-3.8)	33.2 (28.9-37.8)
Συνδιαστικές θεραπείες	Est OR (95% CI)	Est Abstinent Rate (95% CI)
Επίθεμα + εισπνεόμενο	2.2 (1.3-2.6)	25.8 (17.3-36.5)
Επίθεμα + τσίχλα	2.6 (2.5-5.2)	26.5 (28.6-45.3)
Επίθεμα (LT; > 14 εβδ) + ad lib NRT (τσίχλα ή σπρέου)	3.6 (2.5 – 5.2)	36.5 (28.6 – 45.3)
Επίθεμα + βουπροπιόνη	2.5 (1.9-3.4)	28.9 (23.5-25.1)

Fiore et. al. Treating Tobacco Dependence Clinical Practice Guidelines. USDHHS. 2008.; Ebbert et. al. Nicotine Tob Res 2009;11:572-6.; Ebbert et. al. Nicotine Tob Res 2009;11:234-9.

# Combination treatment

- NRTs (TTS & short-acting)
- Bupropion + NRT
- Bupropion + Varenicline
- Varenicline + NRTs

Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation.

Ramon JM, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C.BMC Med. 2014

Efficacy of Varenicline Combined With Nicotine Replacement Therapy vs Varenicline Alone for Smoking Cessation. A Randomized Clinical Trial. Coenraad F et al. JAMA. 2014;312(2):155-161

1. Χρόνια νόσος εξάρτησης από τη νικοτίνη
2. Φαρμακευτική αγωγή
3. Συμπεριφορική θεραπεία
4. Νεότερα καπνικά προϊόντα
5. Θεραπεία μέσω κινητών τηλεφώνων
6. Διαδικτυακές θεραπείες
7. Αξιολόγηση πληροφορίας

# ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

## Μπορεί να είναι πολύ ισχυρή, όπως και η σωματική εξάρτηση

- Η Νικοτίνη επηρεάζει τη συμπεριφορά, τη διάθεση, τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα.
- Συχνά χρησιμοποιείται για να ελέγχει τα αρνητικά συναισθήματα, το στρες
- Ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι διπλάσιος στους ψυχιατρικούς ασθενείς.

## Καπνίζουμε κατά τη διάρκεια ευχάριστων δραστηριοτήτων

- Καφές, κοκτέϊλ, πάρτυ, κονσέρτα, μετά το σεξ...
- Δημιουργείται θετική συσχέτιση με το κάπνισμα και αυτό διαμορφώνεται κλασσικά ως συνήθεια (resist extinction)

# ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

## 5A-5R Model



The **5 R's**  
to the Patient  
Unwilling to Quit  
Tobacco

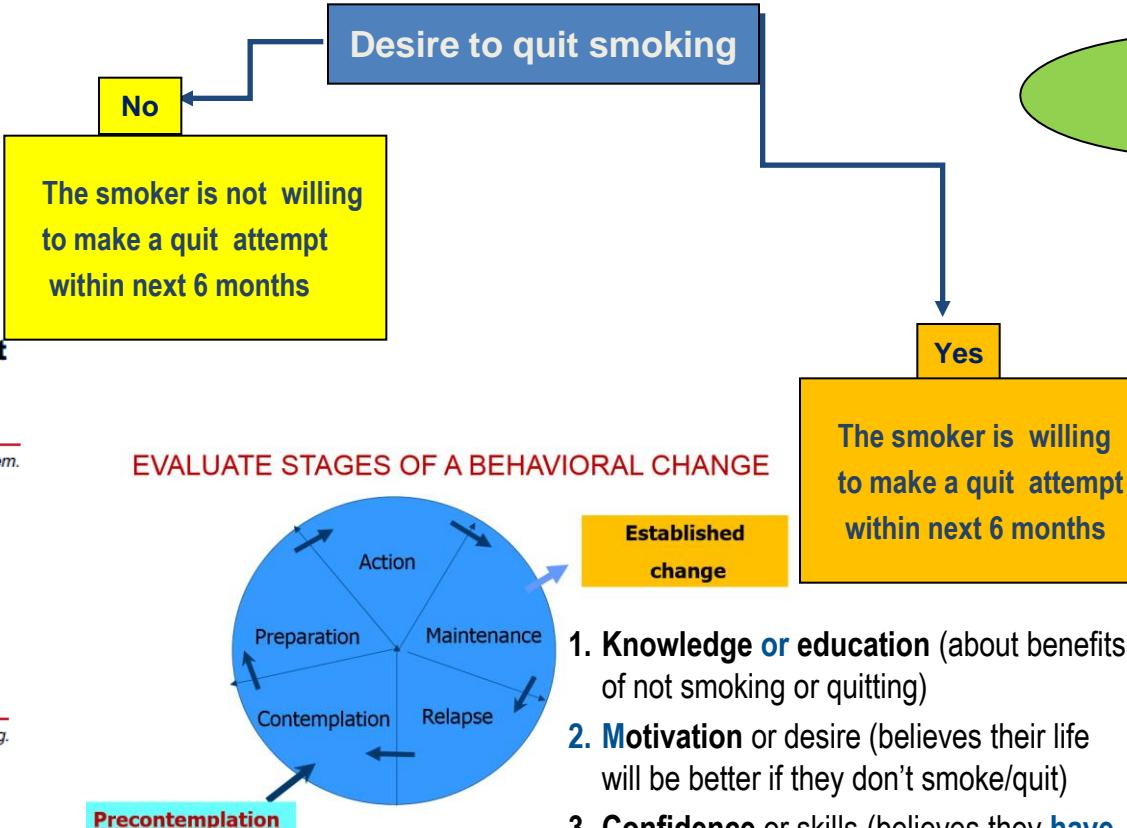
**R**elevance \_\_\_\_\_  
*why quitting is important to them.  
(second hand exposure, overall health, etc.)*

**R*negative consequences of  
ongoing habit.***

**R**ewards \_\_\_\_\_  
*benefits of tobacco cessation.*

**R**oadblocks \_\_\_\_\_  
*identify impediments to quitting.  
(withdrawal symptoms, fear, weight gain)*

**R**epetition \_\_\_\_\_  
*repeat every time the patient  
comes to the clinic.*



The **5 A's**  
to Quit Tobacco

**A**sk \_\_\_\_\_  
to quit at every visit.

**A**dvise \_\_\_\_\_  
to quit tobacco at every visit.

**A**ssess \_\_\_\_\_  
willingness to quit at every visit.

**A**ssist \_\_\_\_\_  
quitting within 2 weeks with  
pharmacotherapy or counseling.

**A**rrange \_\_\_\_\_  
follow-up contact in 1st week  
after quitting.

# ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Intervention	Service and delivery guidance	Evidence Rating
Identify smokers	N	-
Offer brief advice to quit	Y	A
Assess motivation to quit	N	-
Offer assistance to quit	N	-
Offer pharmacotherapy	Y	-
Offer behavioural support	N	-
Self-help materials	Y	A
Evaluate abstinence	N	-
Use 5 A's framework	N	-
Use ABC framework <sup>1</sup>	Y	-
Appropriate training	Y	A

Verbiest et al, Primary Care Respir Med, 2016; \*Based on SIGN system (A=strong evidence)



# ΒΡΑΧΕΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΗ

The WHO e-Learning course Training for primary care providers: brief tobacco interventions



The screenshot shows a video player window titled "Training for Primary Care Providers". Inside the video, a healthcare provider in scrubs is seated and talking to a patient with purple hair. A blue bar at the top of the video player says "Let's Practice". Below the video player is a navigation menu with options like "Let's Reflect", "Start", "Common Elements of practical...", "Transform", "Our Answers", "Resources", "Answers", "Pounds extra-treatment social...", "Arrange", "Actions during follow-up contact", "Reviewing each stage of the helpline", "Reviewing each stage of the line", and "Reviewing each stage of the tool".

Access the WHO e-Learning course

**Training for primary care providers: brief tobacco interventions »**

Related information

— WHO Training package:  
Strengthening health systems  
for treating tobacco  
dependence in primary care

[The WHO–ERS Smoking Cessation Training Project: the first year of experience](#). Dongbo Fu, Christina Gratziou, Carlos Jiménez-Ruiz, Marine Faure, Brian Ward, Sofia Ravara, Vinayak Mohan Prasad, Kristina Mauer-Stender, Jagdish Kaur, Angela Ciobanu, Syed Mahfuzul Huq, Paraskevi **Katsaounou**. ERJ Open Res. 2018



Paraskevi  
Katsaounou,  
Asst. Professor,  
MD, PhD

*Module Director*

Content

- [Video introduction](#)
- [Panel discussion video](#)
- [Presentation \(webcast\)](#)
- [Readings](#)
- [Take the CME Test](#)

Introduction by Paraskevi Katsaounou(Athens, Greece)



The video player interface includes a play button, a progress bar at 00:00, a timestamp of 00:56, and volume control icons.

- [Read the objectives of the module](#)
- [Target audience](#)

# ΣΥΝΔΙΑΣΜΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

## Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation

Patient or population: People who smoke

Settings: Community and healthcare settings

Intervention: Combined pharmacotherapy and behavioural interventions, compared to brief advice or usual care

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Control	Combined pharmacotherapy and behavioural interventions				
Cessation at longest follow-up (all but Lung Health Study) Follow-up: 6 months+	86 per 1000 <sup>1</sup>	157 per 1000 (144 to 170)	RR 1.83 (1.68 to 1.98)	19488 (52 studies)	⊕⊕⊕⊕ high <sup>2</sup>	
Cessation at longest follow-up (Lung Health Study only) Follow-up: mean 12 months	90 per 1000	350 per 1000 (302 to 406)	RR 3.88 (3.35 to 4.5)	5887 (1 study)	⊕⊕⊕○ moderate <sup>3</sup>	Substantially larger treatment effect than seen in other studies. Particularly intensive intervention, hence not included in main analysis

\*The basis for the **assumed risk** (e.g. the median control group risk across studies) is provided in footnotes. The **corresponding risk** (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95%CI).

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio

# ΕΞΩΛΕΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΛΕΚΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ



- Αποφύγετε **κατηγορώ**
- Εκφράστε **ενσυναίσθηση**
- **Ακούστε** τον ασθενή αντί να κάνετε διάλεξη
- Εκμεταλευτείτε κάθε ευκαιρία που σας δίνεται για σχετική με τη διακοπή συζήτηση.
- Συνεργαστείτε με τον καπνιστή
- Αποδεχτείτε και σεβαστείτε τυχόν λάθη τους.
- **Ενθαρύνετε** τον καπνιστή
- Μην έρχεστε σε αντιπαράθεση με τους καπνιστές. Απλά θα σας πουν ότι θέλετε να ακούσετε χωρίς να το πιστεύουν.
- Ανιχνεύστε τυχόν προσωπικά κίνητρα των καπνιστών και στη συνέχεια δουλέψτε με αυτά.

## ΦΟΒΟΣ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ

- Θεωρεί ότι δε θα τα καταφέρει διότι είναι συναισθηματικά αρνητικά προδιατεθειμένη ενάντια στον εαυτό της.
- Πρέπει να της αυξήσουμε την αυτοπεποίθηση.
- Να την πείσουμε ότι μπορεί να αλλάξει-διακόψει.
- Ενθαρύνουμε τις απόπειρες διακοπής.
- Ενημερώνουμε ότι η διαδικασία της διακοπής μπορεί να απαιτήσει πολλαπλές απόπειρες.
- Χρησιμοποιούμε την προηγούμενη εμπειρία ως μαθησιακή εμπειρία.



# cost-effectiveness διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ

**Cost effective:**

NICE

£20-30,000 per QALY

**Triple Therapy**

£35,000-£187,000/QALY

**Anticholinergics, LABA**

£5-8,000/QALY

**Pulmonary Rehabilitation**

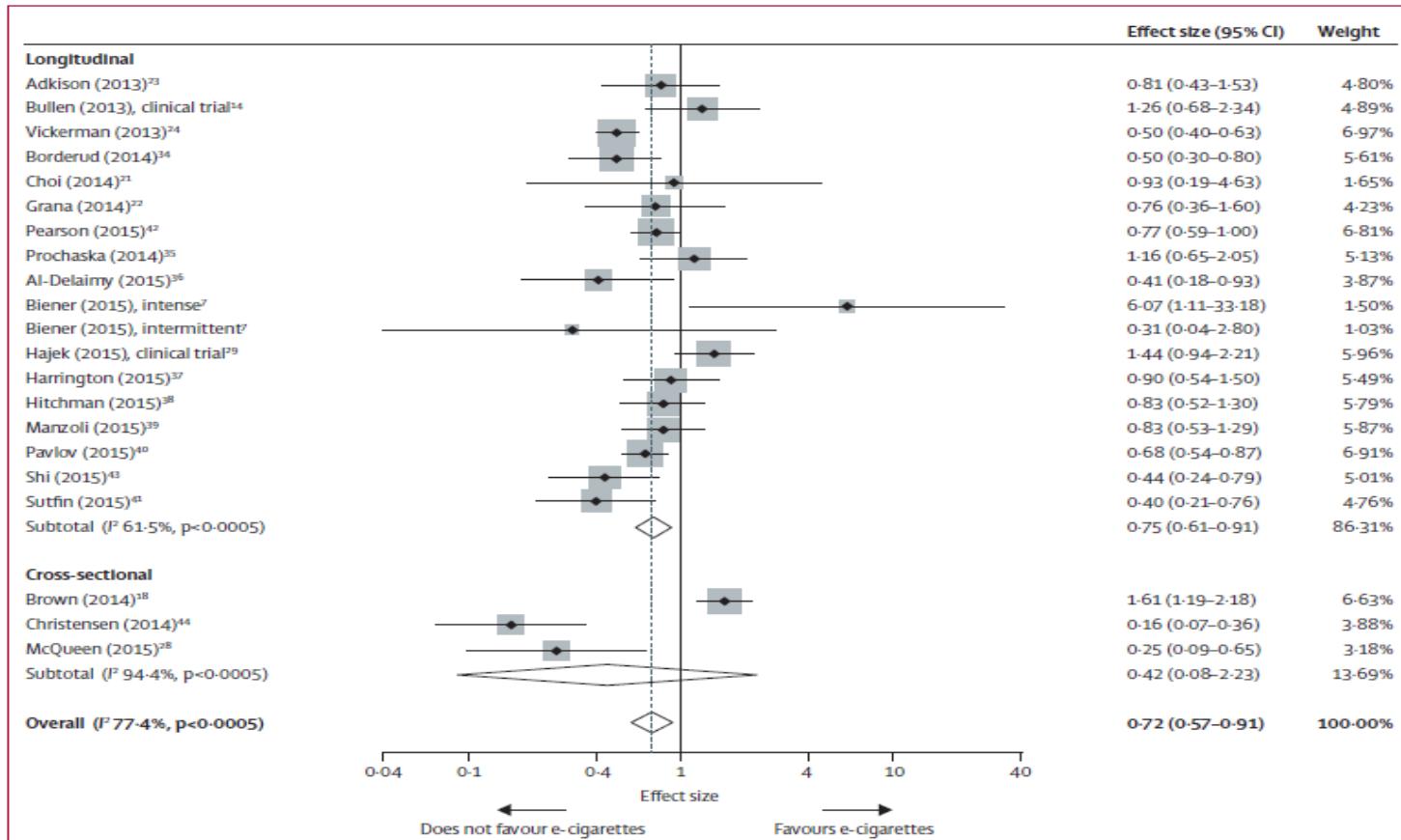
£2,000-8,000/QALY

**Stop Smoking Support with  
pharmacotherapy** £2,000/QALY

**Flu vaccination** £1000/QALY in  
“at risk” population

1. Χρόνια νόσος εξάρτησης από τη νικοτίνη
2. Φαρμακευτική αγωγή
3. Συμπεριφορική θεραπεία
4. Νεότερα καπνικά προϊόντα (Ηλεκτρονικό Τσιγάρο)
5. Θεραπεία μέσω κινητών τηλεφώνων
6. Διαδικτυακές θεραπείες
7. Αξιολόγηση πληροφορίας

# E-cigarette for smoking cessation



Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Respir Med 2016.

ORIGINAL ARTICLE

# A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy

Peter Hajek, Ph.D., Anna Phillips-Waller, B.Sc., Dunja Przulj, Ph.D.,  
Francesca Pesola, Ph.D., Katie Myers Smith, D.Psych., Natalie Bisal, M.Sc.,  
Jinshuo Li, M.Phil., Steve Parrott, M.Sc., Peter Sasienski, Ph.D.,  
Lynne Dawkins, Ph.D., Louise Ross, Maciej Goniewicz, Ph.D., Pharm.D.,  
Qi Wu, M.Sc., and Hayden J. McRobbie, Ph.D.

432 smokers e-cigarette

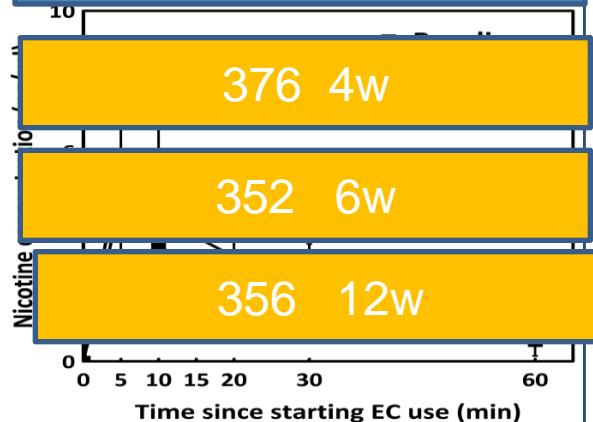


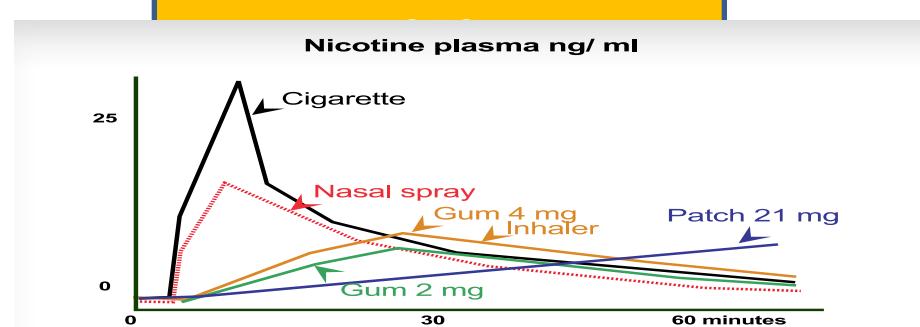
Figure 1. Plasma nicotine concentrations after 5 min of ad lib electronic cigarette use at baseline and at 4-week follow-up.

18% abstinence 1y

80 % SWITCH- 14,4%  
3,6% abstinence 1y

1y treatment  
Less expensive

438 smokers NRTs



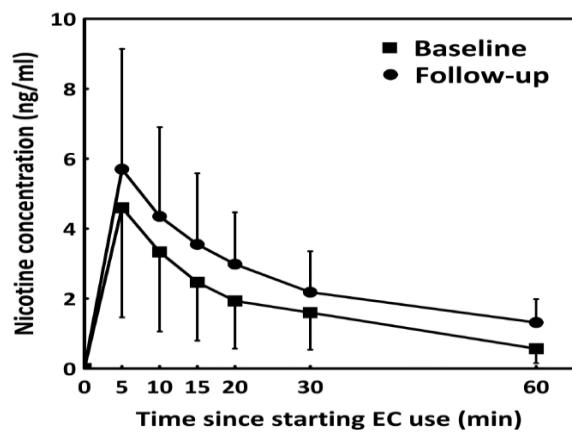
9,9% abstinence 1y

3m treatment underdosed  
more expensive

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΠΡΩΤΗΣ  
ΓΡΑΜΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

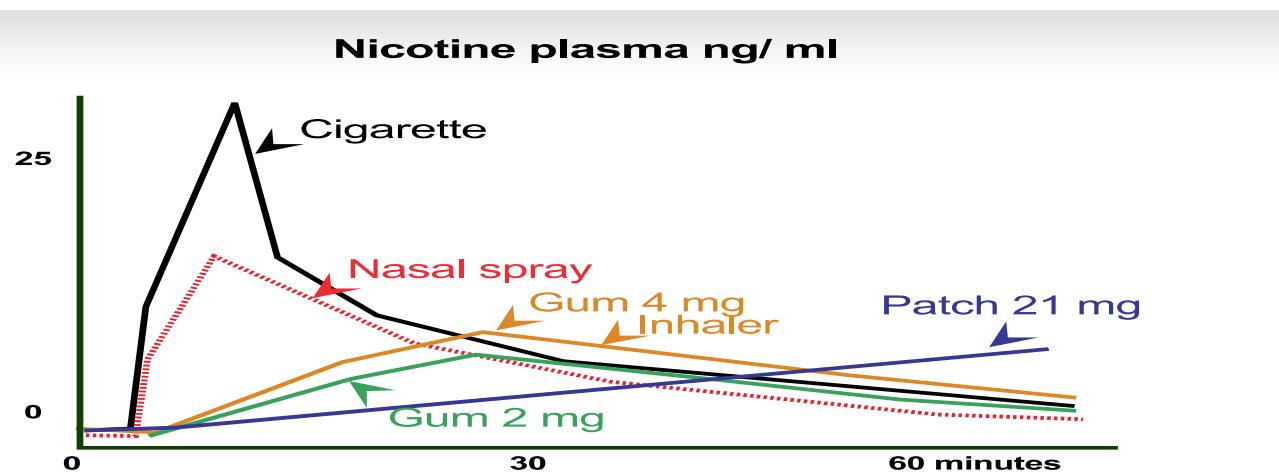
	<b>OR (95%CI)</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΠΟΧΗΣ</b>
<b>PLACEBO</b>	<b>1.0</b>	<b>13.8</b>
<b>ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ</b>		
ΒΑΡΕΝΙΚΛΙΝΗ	<b>3.1 (2.5-3.8)</b>	<b>33.2</b>
Υψηλές δόσεις TTS Νικοτίνης	<b>2.3 (1.7-3.0)</b>	<b>26.5</b>
Τσίχλες Νικοτίνης > 14 εβδ.	<b>2.2 (1.5-3.2)</b>	<b>26.1</b>
ΒΟΥΠΡΟΠΙΟΝΗ SR	<b>2.0 (1.8-2.2)</b>	<b>24.2</b>
<b>ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ</b>		
TTS Νικοτίνης & ad lib NRT	<b>3.6 (2.5-5.2)</b>	<b>36.5</b>
TTS Νικοτίνης & Βουπροπιόνη	<b>2.5 (1.9-3.4)</b>	<b>28.9</b>
TTS & inhaler Νικοτίνης	<b>2.2 (1.3-3.6)</b>	<b>25.8</b>

**Adapted from Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco use and Dependence.: 2008 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.**

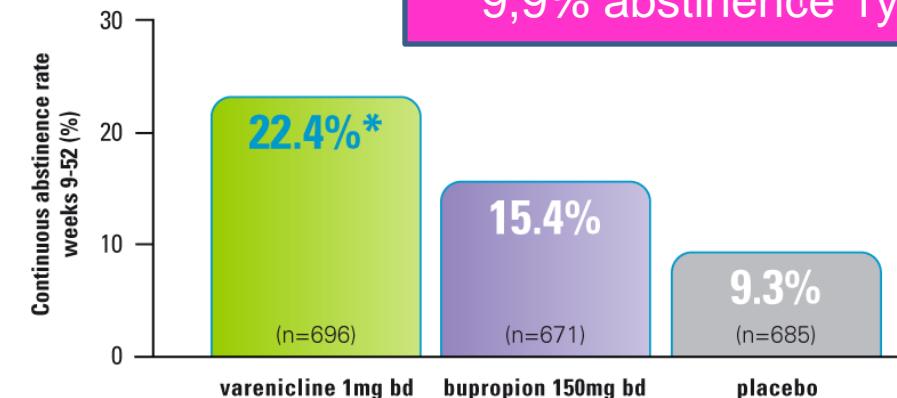


18% abstinence 1y

High dose nicotine patch	26.5
Nicotine gum (>14 weeks)	26.1
BupropionSR	24.2
<b>COMBINATION THERAPIES</b>	
Patch + ad lib NRT	36.5
Patch + Bupropion SR	28.9
Patch + inhaler	25.8



9,9% abstinence<sup>†</sup> 1y



Varenicline vs. bupropion OR = 1.59 (95% CI 1.21, 2.10), \*p<0.0008  
Varenicline vs. placebo OR = 2.80 (95% CI 2.05, 3.83), \*p<0.0001

## Θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη (NRTs)

- Είναι αποτελεσματική.
- Πρέπει να χρησιμοποιείται 3 μήνες μετά την ημερομηνία στόχου διακοπής.
- Ο συνδυασμός μακράς και βραχείας δράσης είναι ο πιο αποτελεσματικός.
- Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι μηδαμινές. Κυρίως τοπικός ερεθισμός από pach.
- Συχνότατη η υποδοσολογία.



## Electronic Cigarettes – Task Force report from the European Respiratory Society

Robert Bals, Jeanette Boyd, Susanna Esposito, Robert Foronjy, Pieter S. Hiemstra, Carlos A. Jiménez-Ruiz, Paraskevi Katsaounou, Anne Lindberg, Carlos Metz, Wolfgang Schober, Avrum Spira, Francesco Blasi

At the present time, the evidence for licensed stop-smoking medications is stronger. Authors of the references 210, 211, 217, 218, 220 reported COI with companies involved in ECIG manufacturing.



# ERS

EUROPEAN  
RESPIRATORY  
SOCIETY

## Τι προτείνει η ERS;

Η ERS δεν μπορεί να προτείνει κανένα προϊόν που θα προκαλέσει βλάβη

στους πνεύμονες ή στην υγεία των ανθρώπων:

Δεν τα συνιστά διότι:

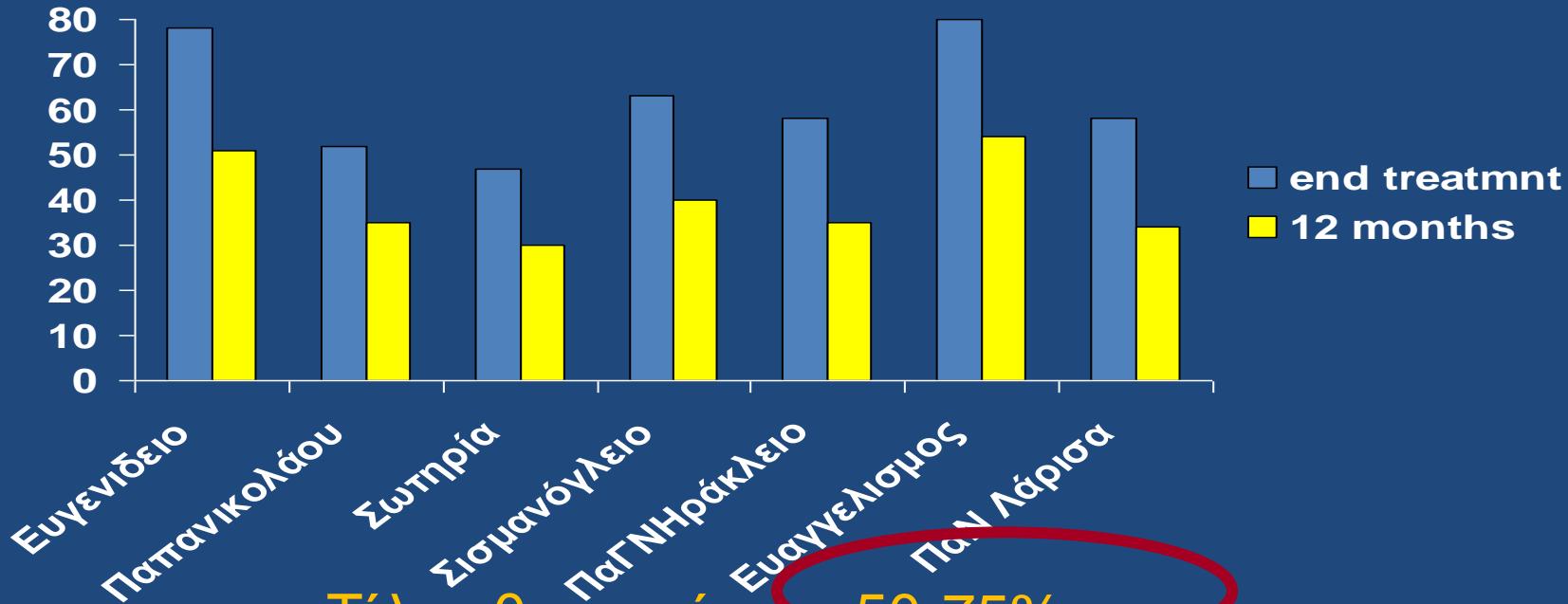
1. Είναι επιβλαβή και εθιστικά. Δεν είναι ασφαλή
2. Υπονομεύουν την επιθυμία των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα.
3. Υπονομεύουν την επιθυμία των πρώην καπνιστών να παραμείνουν σε αποχή.
4. Αποτελούν πειρασμό για τους μη καπνιστές και ειδικά για τους νέους

Αποτελούν κίνδυνο υποτροπής για τους πρώην καπνιστές και επανακανονικοποίησης του τσιγάρου.

5. Αποτελούν κίνδυνο για ταυτόχρονη χρήση με το τσιγάρο.



# ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΙΔΚ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΕΊΝΑΙ ΤΑ ΥΨΗΛΟΤΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ



Τέλος θεραπείας: 50-75%

Μετά από ένα έτος: 25-51%

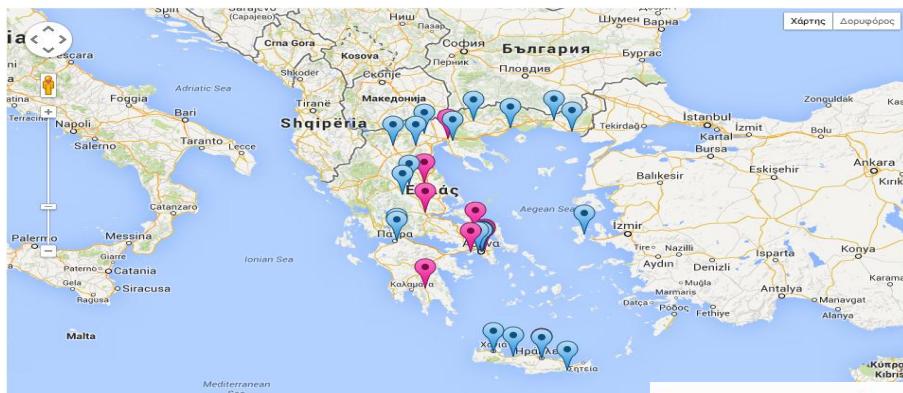
[www.denkapnizo.org](http://www.denkapnizo.org)



Follow us: [Twitter](#) [Facebook](#) [Google+](#)

[ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ](#) [ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ](#) [ΕΝΟΤΗΤΕΣ](#)

Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος



OPERATIONAL PROGRAMME  
EDUCATION AND LIFELONG LEARNING  
*investing in knowledge society*  
MINISTRY OF EDUCATION & RELIGIOUS AFFAIRS  
MANAGING AUTHORITY  
Co-financed by Greece and the European Union



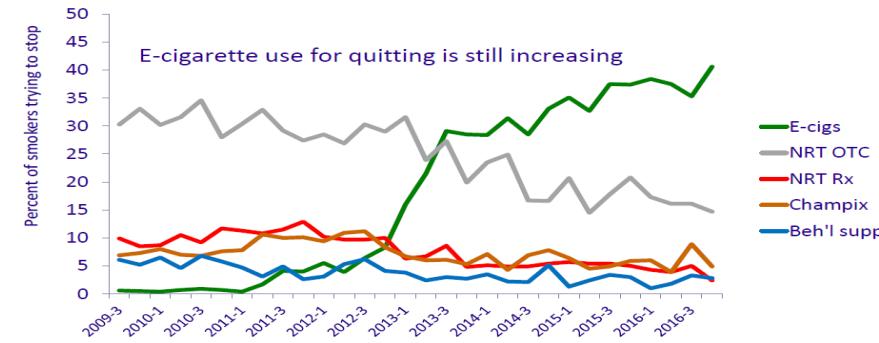


OPEN ACCESS

# Changes in smoking cessation assistance in the European Union between 2012 and 2017: pharmacotherapy versus counselling versus e-cigarettes

Filippos T Filippidis,<sup>1,2</sup> Anthony A Laverty,<sup>1</sup> Ute Mons,<sup>3</sup> Carlos Jimenez-Ruiz,<sup>4</sup> Constantine I Vardavas<sup>2,5,6</sup>

**Results** Among current and former smokers, those who had ever attempted to quit without assistance increased from 70.3% (2012) to 74.8% (2017). Current smokers were more likely to have used any assistance compared with former smokers ( $P<0.001$ ). Use of e-cigarettes for smoking cessation assistance increased (3.7% to 9.7%) while use of pharmacotherapy (14.6% to 11.1%) and smoking cessation services (7.5% to 5.0%) declined. Younger people were more likely to have reported e-cigarette use for smoking cessation but less likely to have used a cessation service. Individuals living in countries with comprehensive smoking cessation policies were more likely to have used any cessation assistance (adjusted OR (aOR)=1.78; 95% CI 1.15 to 2.76), pharmacotherapy (aOR=3.44; 95% CI 1.78 to 6.66) and smoking cessation services (aOR=2.27; 95% CI 1.27 to 4.06) compared with those living in countries with weak smoking cessation policies.



Source:  
N=12244 adults who smoke and tried to stop or who stopped in the past year; method is coded as any (not exclusive) use

1. Χρόνια νόσος εξάρτησης από τη νικοτίνη
2. Φαρμακευτική αγωγή
3. Συμπεριφορική θεραπεία
4. Νεότερα καπνικά προϊόντα
5. Θεραπεία μέσω κινητών τηλεφώνων
6. Διαδικτυακές θεραπείες
7. Αξιολόγηση πληροφορίας

## Τηλεφωνικές παρεμβάσεις για τη Διακοπή του καπνίσματος Mobile phone-based interventions for smoking cessation

104 trials including 111,653 participants

There is moderate-certainty evidence that proactive telephone counselling aids smokers who seek help from quitlines, and moderate-certainty evidence that proactive telephone counselling increases quit rates in smokers in other settings.

There is currently insufficient evidence to assess potential variations in effect from differences in the number of contacts, type or timing of telephone counselling, or when telephone counselling is provided as an adjunct to other smoking cessation therapies.

Evidence was inconclusive on the effect of reactive telephone counselling, due to a limited number studies, which reflects the difficulty of studying this intervention

Robyn Whittaker et al, [Mobile phone-based interventions for smoking cessation](#)

Cochrane Database Syst Rev. 2016

1. Χρόνια νόσος εξάρτησης από τη νικοτίνη
2. Φαρμακευτική αγωγή
3. Συμπεριφορική θεραπεία
4. Νεότερα καπνικά προϊόντα
5. Θεραπεία μέσω κινητών τηλεφώνων
6. Διαδικτυακές θεραπείες
7. Αξιολόγηση πληροφορίας

## Διαδικτυακές παρεμβάσεις για τη Διακοπή του καπνίσματος

- Κάποιες παρεμβάσεις βοηθούν, ιδιαίτερα αν η πληροφορία είναι προσωποποιημένη και υπάρχει συχνή αυτόματη επικοινωνία με τους χρήστες.

Είσαι νέος 18 έως 35 ετών;

γράψου στο social network

και ζήσε ελεύθερα!

Εγγραφή τώρα >



## Επιπτώσεις στην Υγεία

Το τσιγάρο και τα τοξικά προϊόντα του εισέρχονται σε όλα τα κύτταρα του οργανισμού μας. Δεν είναι υπερβολή το να πούμε συνοπτικά ότι βλάπτει όλα τα συστήματα του οργανισμού μας, με πρώτα σε συχνότητα το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό.



1. Χρόνια νόσος εξάρτησης από τη νικοτίνη
2. Φαρμακευτική αγωγή
3. Συμπεριφορική θεραπεία
4. Νεότερα καπνικά προϊόντα
5. Θεραπεία μέσω κινητών τηλεφώνων
6. Διαδικτυακές θεραπείες
7. Αξιολόγηση πληροφορίας

# ΙΔΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΑΝΤΙΘΕΤΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΕΣ



Stanton Glantz  
@ProfGlantz

Lung disease from vaping may hit Britain, says expert



The Observer

Lung disease from vaping has hit Britain, says expert

Public Health England accused of playing down the dangers of e-cigarettes as a purely American phenomenon

[theguardian.com](https://theguardian.com)

11:33 pm · 29 Sep 2019 · Twitter Web Client



Linda Bauld  
@LindaBauld

British vapers are safe, claim health experts after deaths in US



The Observer

British vapers are safe, claim health experts after deaths in US

Outbreak of respiratory disease in the US, where five people have died, is blamed on lax controls and illicit fluid

[theguardian.com](https://theguardian.com)

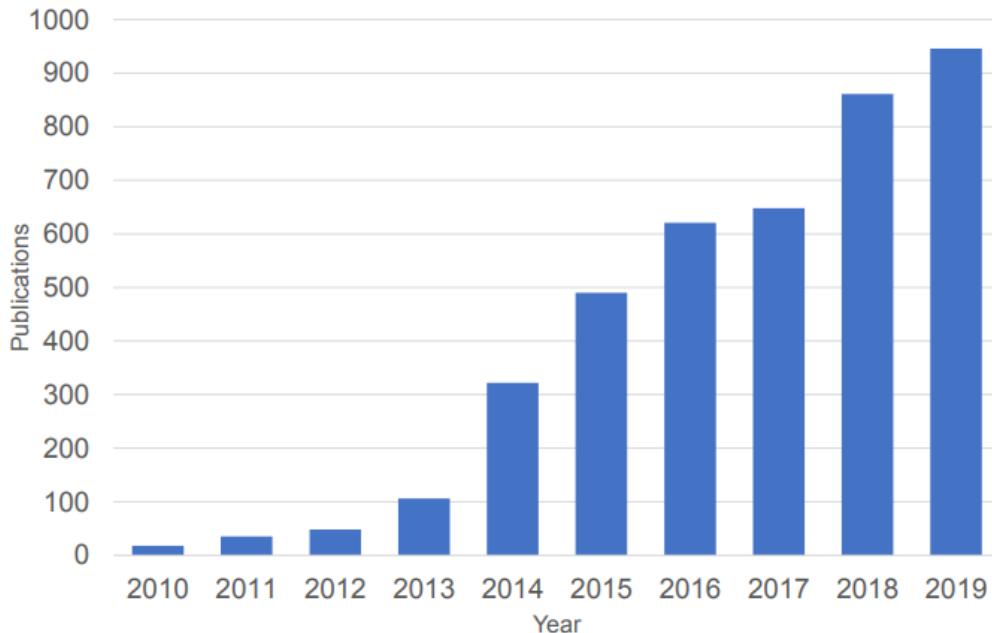
The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (2018)

*"There is substantial evidence that e-cigarette use by youth and young adults increases their risk of ever using conventional cigarettes".*

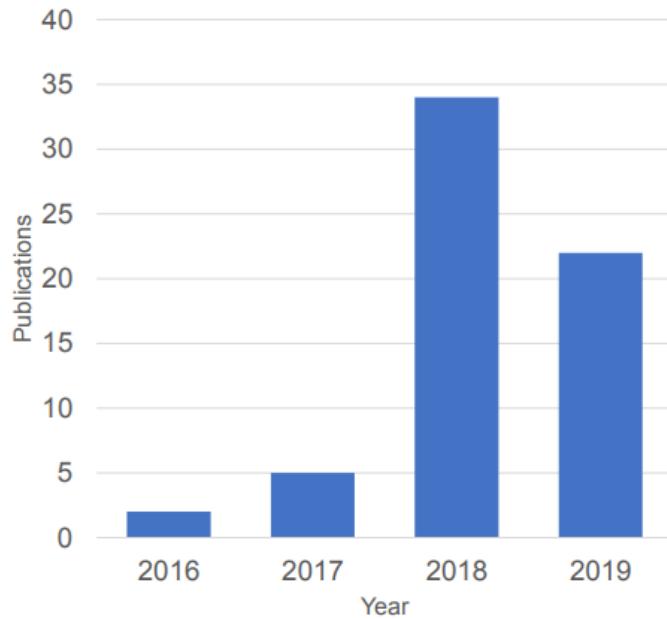
*"The evidence does not support the concern that e-cigarettes are a route into smoking among young people (youth smoking rates in the UK continue to decline, regular use is rare and is almost entirely confined to those who have smoked)".*

# ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Electronic cigarettes

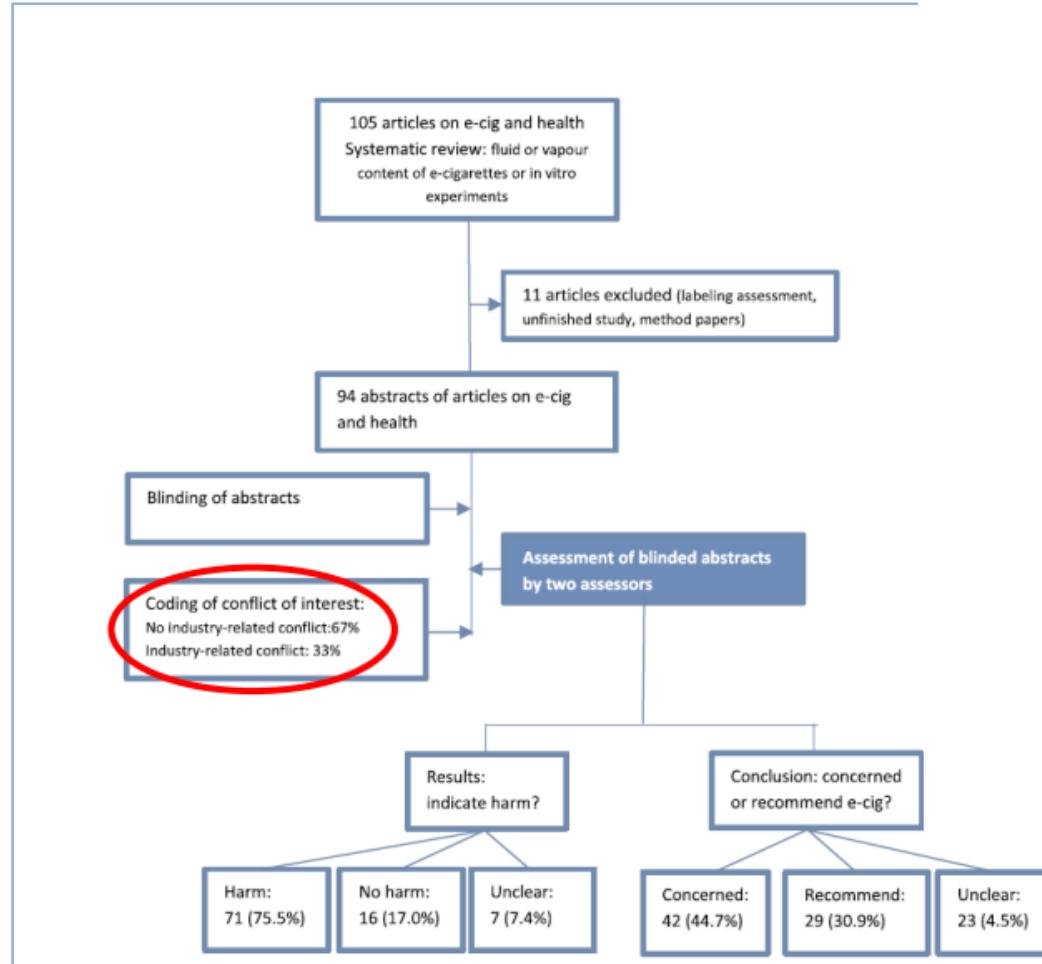


Heated tobacco products

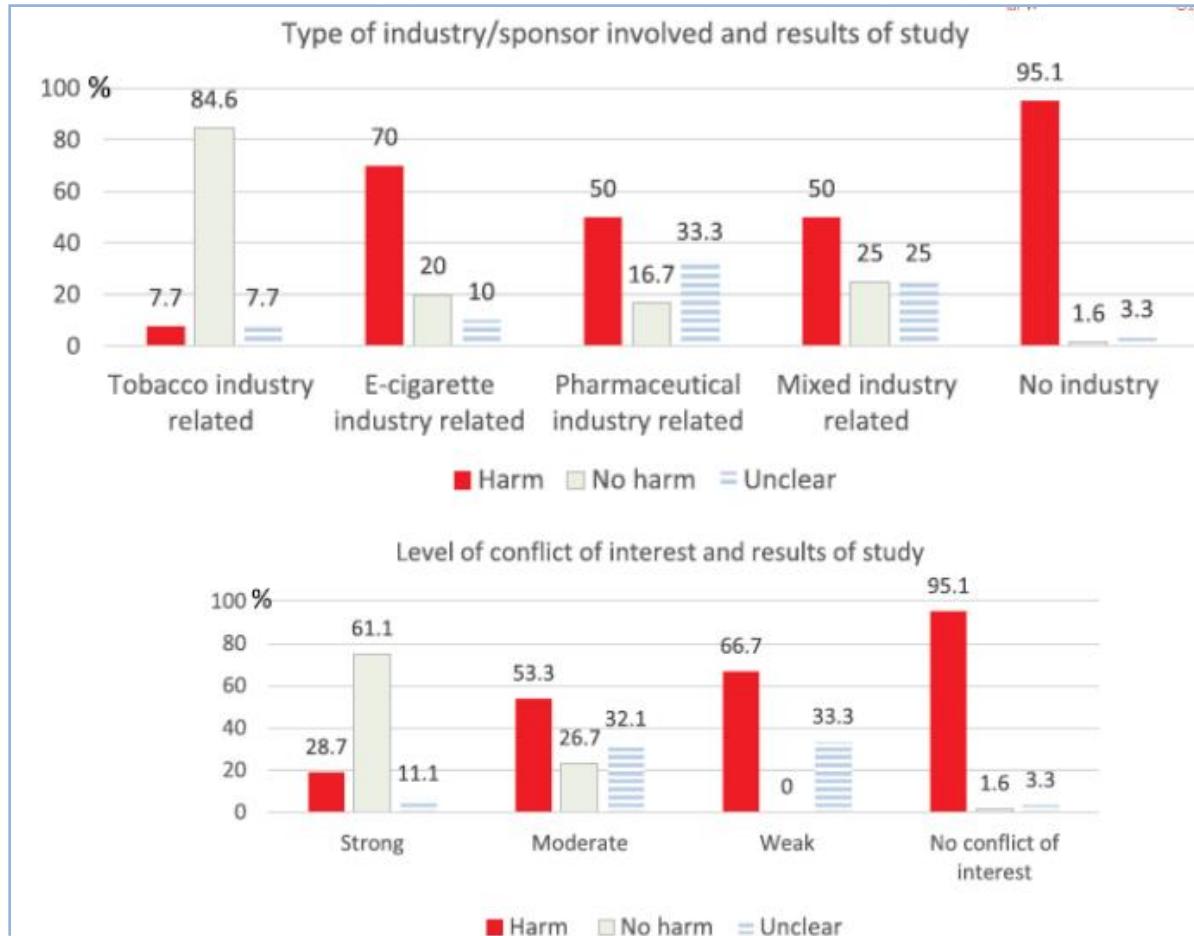


1. Farsalinos K. E., Spyrou A., Stefoopoulos C., Tsimopoulou K., Kourkovi P., Tsiafas D. et al. Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between experienced consumers (vapers) and naïve users (smokers). *Sci Rep* 2015; 5: 11269.
2. Farsalinos K. E., Spyrou A., Tsimopoulou K., Stefoopoulos C., Romagna G., Voudris V. Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between first and new-generation devices. *Sci Rep* 2014; 4: 4133.
3. Varlet V., Farsalinos K., Augsburger M., Thomas A., Etter J.-F. Toxicity assessment of refill liquids for electronic cigarettes. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12: 4796–815.
4. Farsalinos K. E., Voudris V., Poulas K. E-cigarettes generate high levels of aldehydes only in 'dry puff' conditions. *Addiction* 2015; 110: 1352–6.
5. Farsalinos K. E., Gillman G., Poulas K., Voudris V. Tobacco-specific nitrosamines in electronic cigarettes: comparison between liquid and aerosol levels. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12: 9046–53.
6. Romagna G., Alliffranchini E., Bocchietto E., Todeschi S., Esposito M., Farsalinos K. E. Cytotoxicity evaluation of electronic cigarette vapor extract on cultured mammalian fibroblasts (ClearStream-LIFE): comparison with tobacco cigarette smoke extract. *Inhal Toxicol* 2013; 25: 354–61.
7. Farsalinos K. E., Romagna G., Alliffranchini E., Ripamonti E., Bocchietto E., Todeschi S. et al. Comparison of the cytotoxic potential of cigarette smoke and electronic cigarette vapour extract on cultured myocardial cells. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10: 5146–62.
8. Farsalinos K. E., Tsiafas D., Kyriopoulos S., Savvopoulou M., Voudris V. Acute effects of using an electronic nicotine-delivery device (electronic cigarette) on myocardial function: comparison with the effects of regular cigarettes. *BMC Cardiovasc Disord* 2014; 14: 78.
9. Polosa R., Morjaria J., Caponnetto P., Caruso M., Strano S., Battaglia E. et al. Effect of smoking abstinence and reduction in asthmatic smokers switching to electronic cigarettes: evidence for harm reversal. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11: 4965–77.
10. King B. A., Alam S., Promoff G., Arrazola R., Dube S. R. Awareness and ever-use of electronic cigarettes among U.S. adults, 2010–2011. *Nicotine Tob Res* 2013; 15: 1623–7.
11. Dockrell M., Morrison R., Biuld L., McNeill A. E-cigarettes: prevalence and attitudes in Great Britain. *Nicotine Tob Res* 2013; 15: 1737–44.
12. Adkison S. E., O'Connor R. J., Bansal-Travers M., Hyland A., Borland R., Yong H. H. et al. Electronic nicotine delivery systems: International Tobacco Control Four-Country Survey. *Am J Prev Med* 2013; 44: 207–15.
13. Farsalinos K. E., Romagna G., Tsiafas D., Kyriopoulos S., Voudris V. Characteristics, perceived side effects and benefits of electronic cigarette use: a worldwide survey of more than 19,000 consumers. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11: 4356–73.
14. Dawkins L., Turner J., Roberts A., Soar K. 'Vaping' profiles and preferences: an online survey of electronic cigarette users. *Addiction* 2013; 108: 1115–25.
15. Tackett A. P., Lechner W. V., Meier E., Grant D. M., Driskill L. M., Tahirkheli N. N. et al. Biochemically verified smoking cessation and vaping beliefs among vape store customers. *Addiction* 2015; 110: 868–74.
16. Poksa R., Caponnetto P., Cibella E., Le Houezec J. Quit and smoking reduction rates in vape shop consumers: a prospective 12-month survey. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12: 3428–38.
17. Caponnetto P., Campagna D., Cibella E., Morjaria J. B., Caruso M., Russo C. et al. Efficiency and Safety of an electronic cigAreTie (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. *PLOS ONE* 2013; 8: e66317.
18. Bullen C., Howe C., Laugesen M., McRobbie H., Parag V., Williman J. et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 382: 1629–37.
19. McRobbie H., Bullen C., Hartmann-Boyce J., Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 12: CD010216.
20. Farsalinos K. E., Stimson G. V. Is there any legal and scientific basis for classifying electronic cigarettes as medications? *Int J Drug Policy* 2014; 25: 340–5.
21. Farsalinos K. E., Stimson G. V. Asking the wrong questions about e-cigarettes? A response to Stan Shatenstein. *Int J Drug Policy* 2014; 25: 1149–50.
22. Farsalinos K. E., Romagna G., Tsiafas D., Kyriopoulos S., Spyrou A., Voudris V. Impact of flavour variability on electronic cigarette use experience: an internet survey. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10: 7272–82.

# ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



# ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



# ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

	Publications' tendency							
	Conclusion that favour use of e-cigarettes		Supports their use for harm reduction		Supports regulation		Supports their use for smoking cessation	
Variables	PR	95% CI	PR	95% CI	PR	95% CI	PR	95% CI
Conflicts of interest disclosure (yes <sup>a</sup> )	2.23	1.43–3.46	1.81	1.14–2.89	0.78	0.49–1.24	2.02	1.26–3.23

PR: Prevalence ratios were estimated by Poisson regression adjusted for main topic, main subject, empirical data, continent of the first author, and publication year.

<sup>a</sup>Yes: This includes codes 2–4 (Supplementary Figure S1).

Code 0: The authors did not disclose any COI within the manuscript.

Code 1: The authors disclosed no COI, and no funding from PTEC\_CO are mentioned.

Code 3: The authors disclosed no COI but acknowledged receiving funding from PTEC\_CO.

Code 4: The authors disclosed COI with PTEC\_CO.

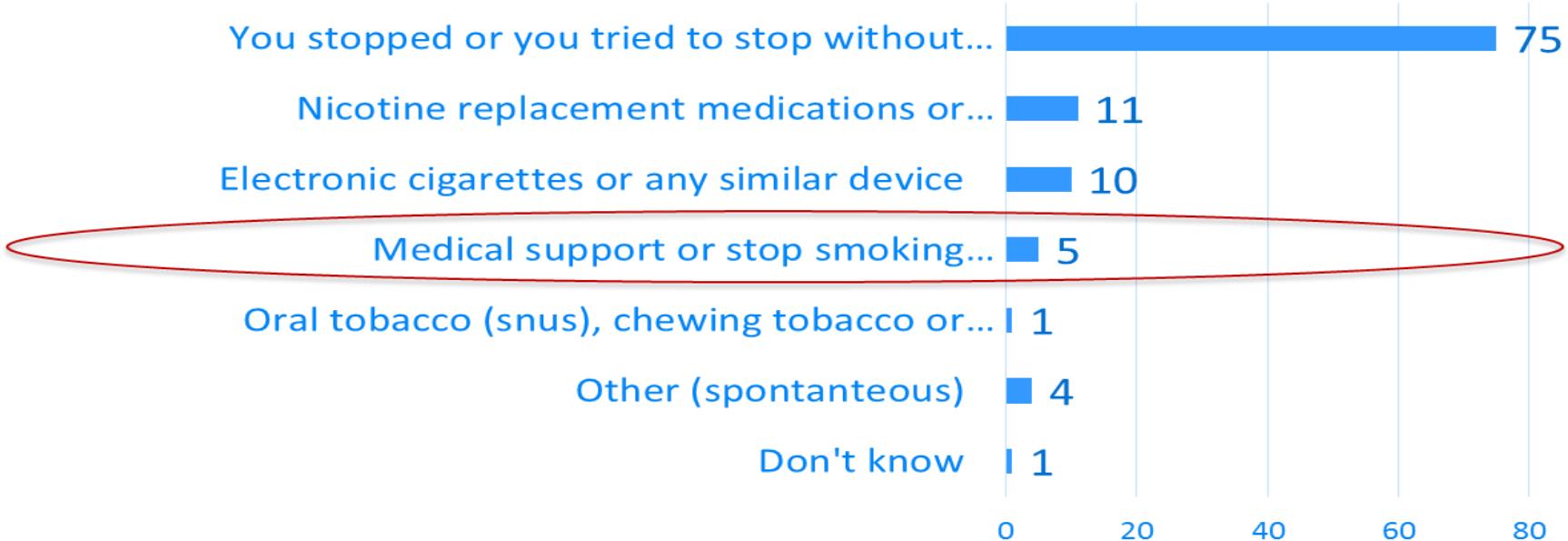
# ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ (BIAS)

- Confirmation bias (Βλέπουμε αυτό που θέλουμε να δούμε)

Escalation of commitment

1. Χρόνια νόσος εξάρτησης από τη νικοτίνη
2. Φαρμακευτική αγωγή
3. Συμπεριφορική θεραπεία
4. Νεότερα καπνικά προϊόντα
5. Θεραπεία μέσω κινητών τηλεφώνων
6. Διαδικτυακές θεραπείες
7. Αξιολόγηση πληροφορίας
8. Καθημερινή πρακτική

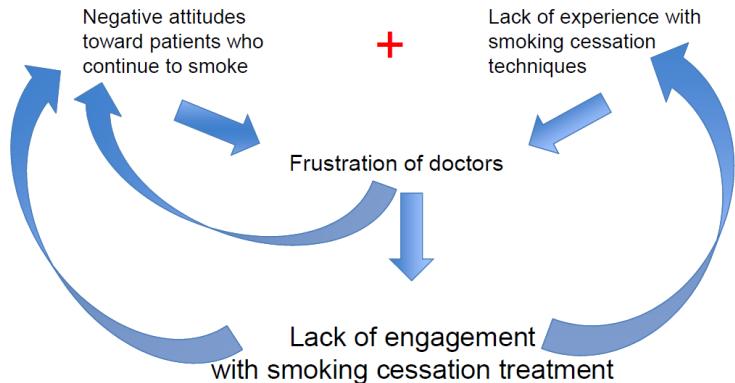
# Eurobarometer 2017



# ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΔΕΝ ΔΕΣΜΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΤΟΥΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

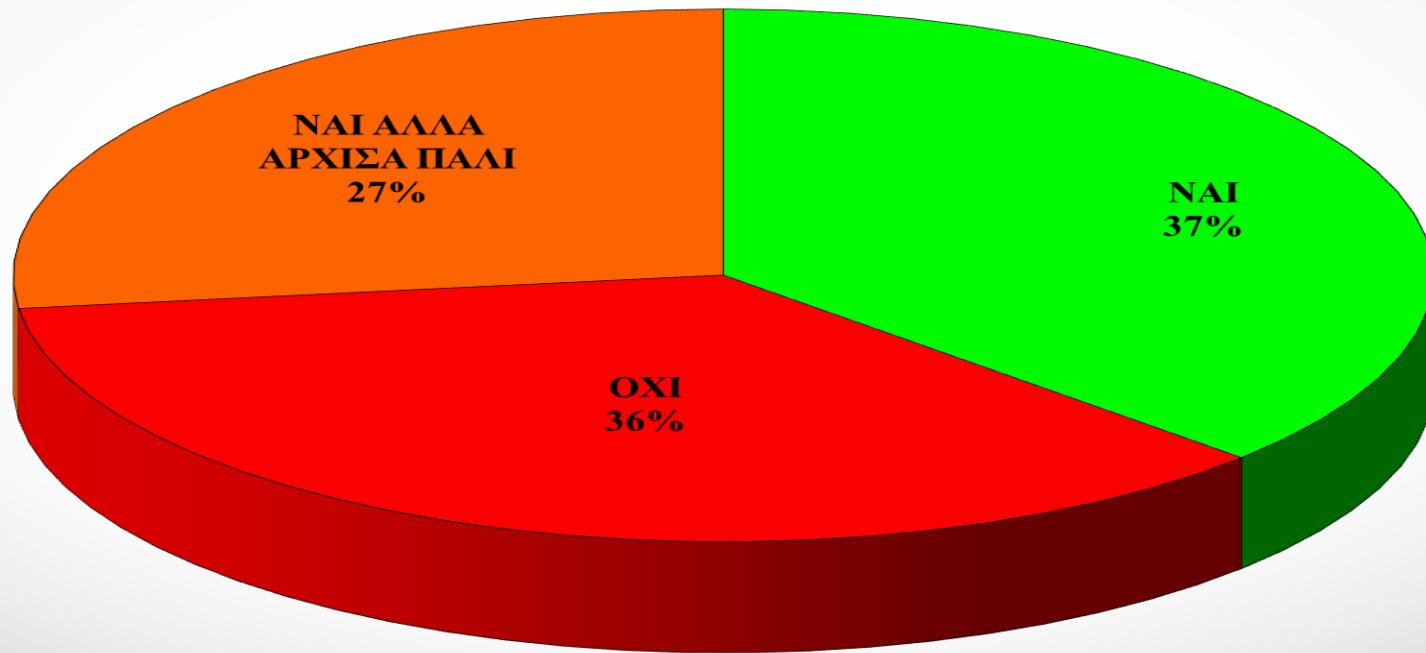
Μελέτη σε 7 χώρες

- Απογοήτευση,
- Αρνητισμός έναντι των καπνιστών
- Έλειψη εμπειρίας-εκπαίδευσης στις τεχνικές διακοπής καπνίσματος.



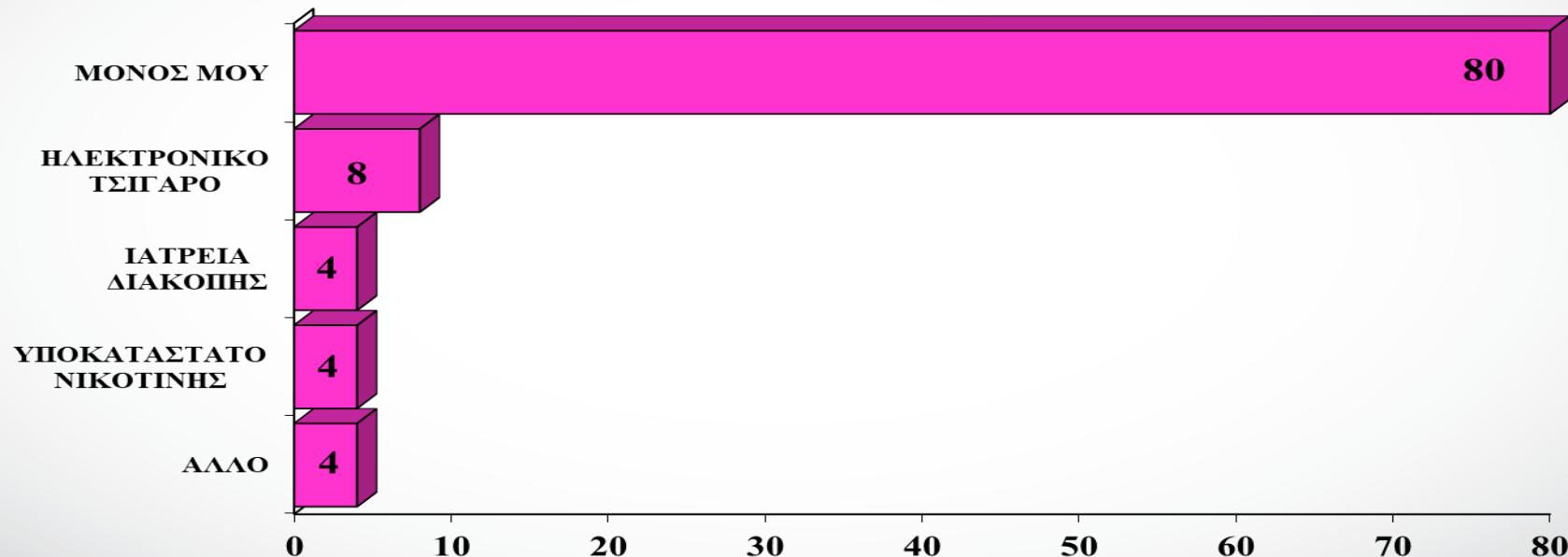
# ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΒΑΡΟΜΕΤΡΟ: Με ποιο τρόπο προσπαθήσατε να κόψετε το κάπνισμα; Βάση: όσοι προσπάθησαν να το κόψουν

%



# ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΒΑΡΟΜΕΤΡΟ<sup>®</sup> Με ποιο τρόπο προσπαθήσατε να κόψετε το κάπνισμα; Βάση: όσοι προσπάθησαν να το κόψουν

%



# Receiving support to quit smoking and quit attempts among smokers with and without smoking related diseases: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys

*Linnea Hedman<sup>1,2\*</sup>, Paraskevi A. Katsaounou<sup>1,3\*</sup>, Filippos T. Filippidis<sup>1,3,4</sup>, Sofia B. Ravara<sup>1,5,6</sup>, Anne Lindberg<sup>2</sup>, Christer Janson<sup>1,7</sup>, Christina Gratiou<sup>1,3</sup>, Gernot Rohde<sup>8</sup>, Christina N. Kyriakos<sup>9,10</sup>, Ute Mons<sup>11</sup>, Esteve Fernández<sup>12,13</sup>, Antigona C. Trofor<sup>14,15</sup>, Tibor Demjén<sup>16</sup>, Krzysztof Przewoźniak<sup>17,18</sup>, Yannis Tountas<sup>9</sup>, Geoffrey T. Fong<sup>19,20</sup>, Constantine I. Vardavas<sup>1,9,10</sup>, on behalf of the EUREST-PLUS consortium\*\**

Country	No motivation to quit % (95% CI)	A little % (95% CI)	Somewhat % (95% CI)	A lot % (95% CI)
Germany	42.6 (37.4–47.8)	18.5 (15.8–21.2)	24.0 (21.0–26.9)	14.9 (11.5–18.3)
Greece	59.5 (55.4–63.7)	8.2 (5.7–10.6)	19.8 (16.9–22.6)	12.6 (9.7–15.4)
Hungary	68.1 (64.1–72.0)	6.1 (3.3–8.8)	17.6 (14.4–20.8)	8.3 (6.0–10.6)
Poland	58.9 (54.4–63.5)	5.1 (3.3–6.9)	23.4 (19.8–26.9)	12.6 (9.6–15.6)
Romania	46.4 (40.8–52.1)	5.4 (3.7–7.1)	19.5 (15.6–23.3)	28.7 (24.3–33.1)
Spain	63.5 (58.9–68.0)	10.1 (7.5–12.7)	14.1 (10.7–17.4)	12.4 (9.8–15.0)
Overall	56.5 (54.5–58.4)	9.0 (8.0–10.0)	19.6 (18.3–21.0)	15.0 (13.7–16.3)

# Receiving support to quit smoking and quit attempts among smokers with and without smoking related diseases: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys

Linnea Hedman<sup>1,2\*</sup>, Paraskevi A. Katsaounou<sup>1,3\*</sup>, Filippos T. Filippidis<sup>1,3,4</sup>, Sofia B. Ravara<sup>1,5,6</sup>, Anne Lindberg<sup>2</sup>, Christer Janson<sup>1,7</sup>, Christina Gratiou<sup>1,3</sup>, Gernot Rohde<sup>8</sup>, Christina N. Kyriakos<sup>9,10</sup>, Ute Mons<sup>11</sup>, Esteve Fernández<sup>12,13</sup>, Antigona C. Trofor<sup>14,15</sup>, Tibor Demjén<sup>16</sup>, Krzysztof Przewoźniak<sup>17,18</sup>, Yannis Tountas<sup>9</sup>, Geoffrey T. Fong<sup>19,20</sup>, Constantine I. Vardavas<sup>1,9,10</sup>, on behalf of the EUREST-PLUS consortium\*\*

Country	Visited doctor over past 12 months % (95% CI)	Received any advice/support* % (95% CI)	Received advice* % (95% CI)	Received referral* % (95% CI)	Received quitting prescription* % (95% CI)	Received pamphlets* % (95% CI)	Quit attempt in past 12 months % (95% CI)
Germany	47.6 (42.4–52.7)	41.2 (35.4–46.9)	39.3 (33.5–45.2)	2.3 (0.7–3.8)	No observations	10.7 (7.3–14.1)	17.1 (14.2–19.9)
Greece	30.6 (25.4–35.7)	53.3 (42.8–63.8)	53.0 (42.6–63.5)	2.8 (1.0–4.6)	2.0 (0.6–3.5)	5.1 (2.8–7.5)	15.1 (12.3–17.9)
Hungary	41.3 (35.9–46.8)	24.5 (18.9–30.2)	21.7 (16.3–27.1)	3.0 (1.2–4.7)	2.0 (0.7–3.3)	10.5 (6.9–14.1)	10.4 (8.2–12.6)
Poland	40.2 (35.0–45.3)	23.0 (18.2–27.9)	20.8 (16.4–25.1)	4.3 (2.0–6.6)	3.0 (0.5–5.4)	7.2 (4.3–10.0)	16.2 (13.2–19.3)
Romania	39.2 (35.5–42.8)	60.8 (56.1–65.6)	56.5 (51.4–61.5)	8.6 (4.6–12.5)	**	16.5 (10.8–22.1)	27.1 (23.9–30.2)
Spain	56.1 (50.4–61.7)	47.2 (41.5–52.8)	45.7 (39.8–51.6)	4.6 (2.5–6.7)	2.9 (1.4–4.3)	7.3 (4.6–10.0)	17.7 (14.2–21.1)
Overall	42.5 (40.4–44.6)	41.4 (38.7–44.2)	39.2 (36.5–42.0)	4.2 (3.3–5.2)	2.0 (1.3–2.6)	9.6 (8.0–11.1)	17.2 (16.1–18.4)

\* Among those who visited a doctor (Germany: n=491; Greece: n=301; Hungary: n=430; Poland: n=420; Romania: n=407; Spain: n=551) \*\* Prescription medication for smoking cessation was not available in Romania and were therefore excluded.

# Receiving support to quit smoking and quit attempts among smokers with and without smoking related diseases: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys

*Linnea Hedman<sup>1,2\*</sup>, Paraskevi A. Katsaounou<sup>1,3\*</sup>, Filippos T. Filippidis<sup>1,3,4</sup>, Sofia B. Ravara<sup>1,5,6</sup>, Anne Lindberg<sup>2</sup>, Christer Janson<sup>1,7</sup>, Christina Gratiou<sup>1,3</sup>, Gernot Rohde<sup>8</sup>, Christina N. Kyriakos<sup>9,10</sup>, Ute Mons<sup>11</sup>, Esteve Fernández<sup>12,13</sup>, Antigona C. Trofor<sup>14,15</sup>, Tibor Demjén<sup>16</sup>, Krzysztof Przewoźnik<sup>17,18</sup>, Yannis Tountas<sup>3</sup>, Geoffrey T. Fong<sup>19,20</sup>, Constantine I. Vardavas<sup>1,9,10</sup>  
on behalf of the EUREST-PLUS consortium\*\**

Country	Sample size	Daily smokers % (95% CI)	Nicotine dependence (minutes to first cigarette after waking up)		
			>31 % (95% CI)	6–30 % (95% CI)	≤5 % (95% CI)
Germany	1003	88.3 (85.3–91.4)	47.5 (42.3–52.7)	38.6 (34.2–43.0)	14.0 (10.8–17.1)
Greece	1000	96.9 (95.2–98.6)	25.3 (21.2–29.4)	49.6 (44.2–55.1)	25.0 (21.2–28.9)
Hungary	1000	98.9 (98.2–99.7)	21.2 (17.2–25.1)	49.2 (44.9–53.4)	29.7 (24.9–34.4)
Poland	1006	96.4 (95.3–97.4)	27.9 (24.0–31.8)	47.0 (42.5–51.6)	25.1 (20.9–29.2)
Romania	1001	94.8 (93.0–96.6)	21.5 (18.1–24.9)	44.2 (40.5–47.8)	34.3 (30.0–38.7)
Spain	1001	97.2 (96.0–98.3)	42.0 (37.8–46.3)	37.5 (33.7–41.3)	20.5 (16.8–24.2)
Overall	6011		30.7 (29.0–32.4)	44.4 (42.7–46.2)	24.9 (23.2–26.6)

# Receiving support to quit smoking and quit attempts among smokers with and without smoking related diseases: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys

*Linnea Hedman<sup>1,2\*</sup>, Paraskevi A. Katsaounou<sup>1,3\*</sup>, Filippos T. Filippidis<sup>1,3,4</sup>, Sofia B. Ravara<sup>1,5,6</sup>, Anne Lindberg<sup>2</sup>, Christer Janson<sup>1,7</sup>, Christina Gratiou<sup>1,3</sup>, Gernot Rohde<sup>8</sup>, Christina N. Kyriakos<sup>9,10</sup>, Ute Mons<sup>11</sup>, Esteve Fernández<sup>12,13</sup>, Antigona C. Trofor<sup>14,15</sup>, Tibor Demjén<sup>16</sup>, Krzysztof Przewoźniak<sup>17,18</sup>, Yannis Tountas<sup>9</sup>, Geoffrey T. Fong<sup>19,20</sup>, Constantine I. Vardavas<sup>1,9,10</sup>, on behalf of the EUREST-PLUS consortium\*\**

Country	No motivation to quit % (95% CI)	A little % (95% CI)	Somewhat % (95% CI)	A lot % (95% CI)
Germany	42.6 (37.4–47.8)	18.5 (15.8–21.2)	24.0 (21.0–26.9)	14.9 (11.5–18.3)
Greece	59.5 (55.4–63.7)	8.2 (5.7–10.6)	19.8 (16.9–22.6)	12.6 (9.7–15.4)
Hungary	68.1 (64.1–72.0)	6.1 (3.3–8.8)	17.6 (14.4–20.8)	8.3 (6.0–10.6)
Poland	58.9 (54.4–63.5)	5.1 (3.3–6.9)	23.4 (19.8–26.9)	12.6 (9.6–15.6)
Romania	46.4 (40.8–52.1)	5.4 (3.7–7.1)	19.5 (15.6–23.3)	28.7 (24.3–33.1)
Spain	63.5 (58.9–68.0)	10.1 (7.5–12.7)	14.1 (10.7–17.4)	12.4 (9.8–15.0)
Overall	56.5 (54.5–58.4)	9.0 (8.0–10.0)	19.6 (18.3–21.0)	15.0 (13.7–16.3)

# Receiving support to quit smoking and quit attempts among smokers with and without smoking related diseases: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys

*Linnea Hedman<sup>1,2\*</sup>, Paraskevi A. Katsaounou<sup>1,3\*</sup>, Filippos T. Filippidis<sup>1,3,4</sup>, Sofia B. Ravara<sup>1,5,6</sup>, Anne Lindberg<sup>2</sup>, Christer Janson<sup>1,7</sup>, Christina Gratiou<sup>1,3</sup>, Gernot Rohde<sup>8</sup>, Christina N. Kyriakos<sup>9,10</sup>, Ute Mons<sup>11</sup>, Esteve Fernández<sup>12,13</sup>, Antigona C. Trofor<sup>14,15</sup>, Tibor Demjén<sup>16</sup>, Krzysztof Przewoźniak<sup>17,18</sup>, Yannis Tountas<sup>9</sup>, Geoffrey T. Fong<sup>19,20</sup>, Constantine I. Vardavas<sup>1,9,10</sup>, on behalf of the EUREST-PLUS consortium\*\**

Country	<b>Received support to quit smoking during visit to doctor health professionals*</b>					<b>Depression % (95% CI)</b>
	<b>No disease % (95% CI)</b>	<b>Any disease % (95% CI)</b>	<b>Two or more diseases % (95% CI)</b>	<b>Any chronic respiratory disease % (95% CI)</b>	<b>Any non- respiratory disease % (95% CI)</b>	
Germany	32.3 (25.4–39.2)	55.7 (48.1–63.3)	54.7 (42.8–66.5)	77.9 (64.0–91.7)	54.7 (47.0–62.4)	45.3 (28.8–61.9)
Greece	48.9 (36.8–61.1)	65.4 (53.9–76.8)	76.9 (57.9–95.9)	76.8 (52.0–100.0)	65.5 (53.0–77.9)	78.7 (48.4–100.0)
Hungary	20.0 (14.1–25.9)	36.4 (27.3–45.4)	44.4 (30.3–58.4)	64.7 (47.8–81.7)	34.7 (25.3–44.1)	37.1 (14.0–60.2)
Poland	16.9 (11.5–22.4)	39.3 (28.2–50.4)	61.6 (45.8–77.3)	57.2 (30.8–83.5)	39.9 (28.4–51.4)	44.5 (21.0–68.0)
Romania	56.0 (50.7–61.3)	76.7 (67.7–85.8)	80.9 (61.2–100.0)	95.0 (87.9–100.0)	74.9 (65.0–84.7)	48.7 (17.7–79.6)
Spain	41.0 (35.4–46.5)	62.3 (50.7–73.9)	76.0 (62.8–89.3)	72.0 (58.1–85.8)	63.5 (50.4–76.5)	61.1 (39.8–82.3)
Overall	35.5 (32.5–38.5)	56.4 (51.9–60.8)	64.0 (57.5–70.5)	73.4 (65.9–80.9)	55.7 (51.0–60.4)	51.9 (41.5–62.3)

# ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ / ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



ERS SCHOOL FOR SMOKING CESSATION  
ATHENS 2015

- Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. Tønnesen P et al. Eur Respir J 2007; 29: 390-417
- Smoking Cessation. ERS monograph 42. Edited by S. Nardini. 2008
- Smokehazz recommendations on Smoking Cessation ([www.smokehaz.eu](http://www.smokehaz.eu))
- Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. Jiménez-Ruiz CA et al. ERJ 2015

# NNT

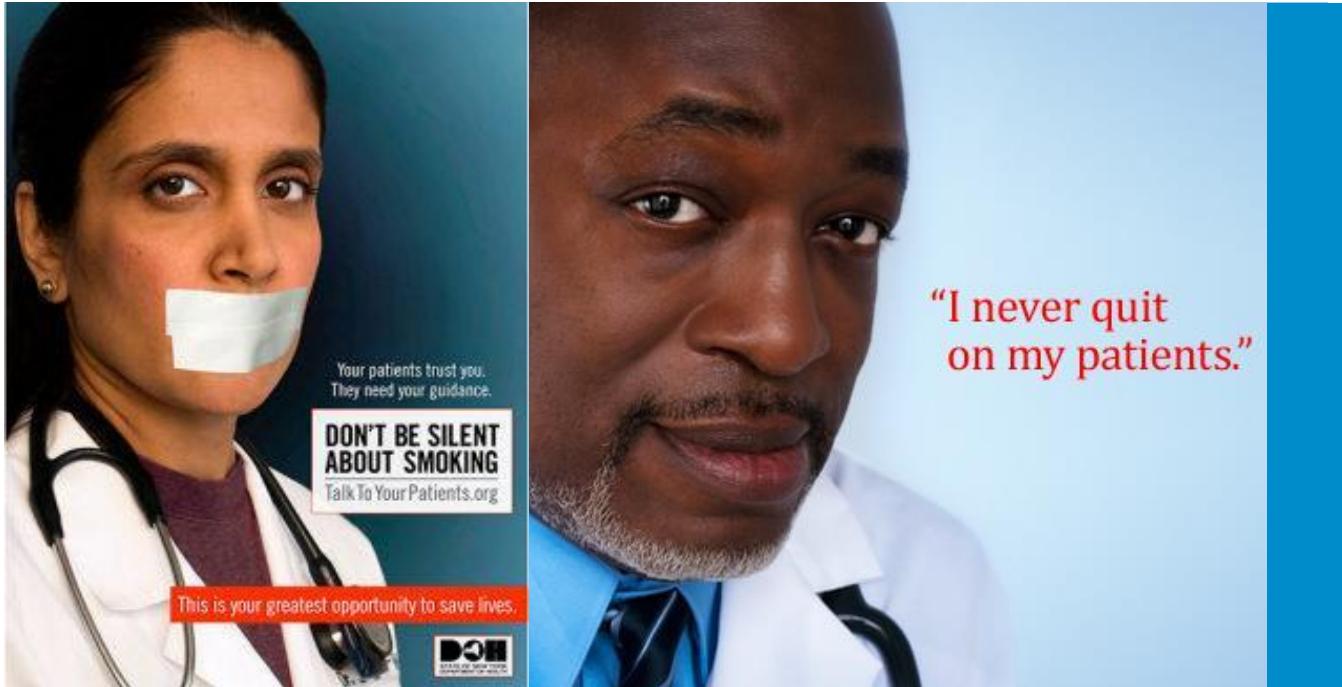
Intervention	Outcome	Number needed to treat (NNT)
GP brief advice <5 min	Prevent 1 premature death	80
Add pharmacologic support	Prevent 1 premature death	38-56
Add behavioural support	Prevent 1 premature death	16-40
Statin as Primary Prevention	Prevent 1 CV death over 5 years	107
Anti-hypertensives	Prevent 1 stroke or MI or death over 1 year	700
Screening for cervical cancer	Prevent 1 death over 10 years	1140

# ΣΥΝΟΨΗ

- Η Εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί χρόνιο νόσημα, το οποίο διαθέτει ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία.
- Υπάρχουν τρία πρώτης γραμμής φάρμακα
- Η υψηλότερη αποτελεσματικότητα επιτυγχάνεται με το συνδυασμό συμπεριφορικής και φαρμακευτικής αγωγής.
- Η αποτελεσματικότητα αυξάνεται με την εκπαίδευση των ιατρών και επαγγελματιών υγείας.
- Η ενσωμάτωση της διακοπής του καπνίσματος στην καθημερινή κλινική πρακτική μας πρέπει να γίνει προτεραιότητα

# ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΑΣ

Ακόμη και σε  
καπνιστές με  
χαμηλή  
εξάρτηση  
απαιτούνται  
περισσότερα  
από μια απλή  
συνταγή."



Images from: <https://talktoyourpatients.health.ny.gov/> and  
[https://www.health.ny.gov/press/releases/2008/docs/dont\\_be\\_silent\\_about\\_smoking.pdf](https://www.health.ny.gov/press/releases/2008/docs/dont_be_silent_about_smoking.pdf)

# FDA

WASHINGTON — Dr. Stephen Hahn will now be the man in charge of regulating e-cigarettes, ultra-expensive drugs, and medical cannabis products — at a time of increased political focus on all fronts.

The Senate on Thursday voted to confirm Hahn, who has no previous political experience in Washington, as the next head of the Food and Drug Administration, the agency charged with regulating countless other food and drug products.

His confirmation comes at a particularly sensitive time for the FDA. It has faced bipartisan criticism for its failure to stop youth vaping, and the White House has waffled over its next steps to regulate the industry.

“We should be grateful that he is willing to take this job at this period of time,” said Sen. Lamar Alexander (R-Tenn.), the chairman of the Senate committee charged with overseeing the FDA.

# E-CIGARETTES FOR SMOKING CESSATION

- **2** Randomized Controlled trials (RCTs) in which current smokers (motivated or unmotivated to quit) were randomized to EC or a control condition, and which measured abstinence rates or changes in cigarette consumption at six months or longer.
- **11** cohort follow-up studies with at least six months follow-up.  
cross-over trials and cohort follow-up studies that included at least one week of EC use for assessment of adverse events.

Under the GRADE system the overall quality of the evidence for our outcomes was rated '**low**' or '**very low**' because of imprecision due to the small number of trials.

# E-CIGARETTES FOR SMOKING CESSATION 2RCTS

## ASCEND trial

Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, Walker N.  
Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. Lancet.  
2013

O'Brien B, Knight-West O, Walker N, Parag V, Bullen C. E-cigarettes versus NRT for smoking reduction or cessation in people with mental illness: secondary analysis of data from the ASCEND trial. Tob Induc Dis. 2015

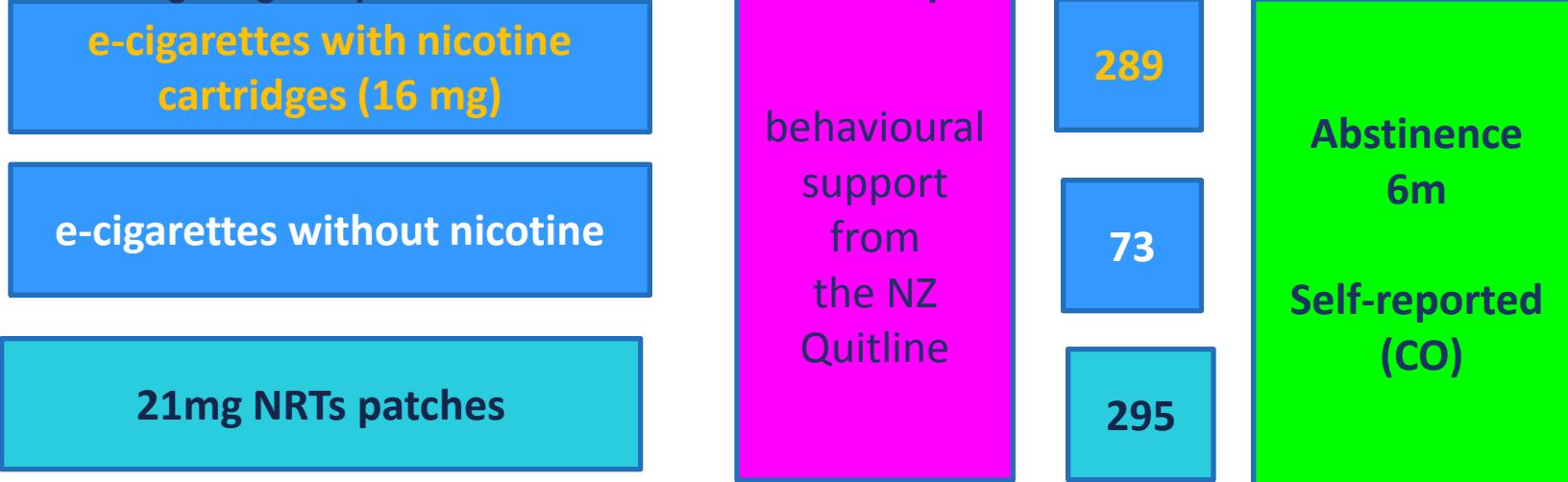
## ECLAT trial

Caponnetto P<sup>1</sup>, Campagna D, Cibella F, Morjaria JB, Caruso M, Russo C, Polosa R.  
EffiCiency and Safety of an eLectronic cigAreTte (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. PLoS One. 2013

# E-CIGARETTES FOR SMOKING CESSATION

## 1RST RCT (BUI L I EN FT AI I ANCFET 2013)

Middle-age high dependent smokers motivated to quit



will provide 80% power at  $p = 0.05$  to detect an absolute difference in abstinence of:

- 10% between the nicotine e-cigarette and nicotine patch groups,
- 15% between the nicotine and placebo e-cigarette groups.

# E-CIGARETTES FOR SMOKING CESSATION

## 1RST RCT (BULLEN ET AL, LANCET 2013)

e-cigarettes with nicotine cartridges (16 mg)

39.8%

7,3%

not significant difference  
RR 1.26,  
95% CI 0.68 to 2.34,

21mg NRTs patches

35.9%

5,8%

e-cigarettes without nicotine

35.6%

4,1%

# E-CIGARETTES FOR SMOKING CESSATION

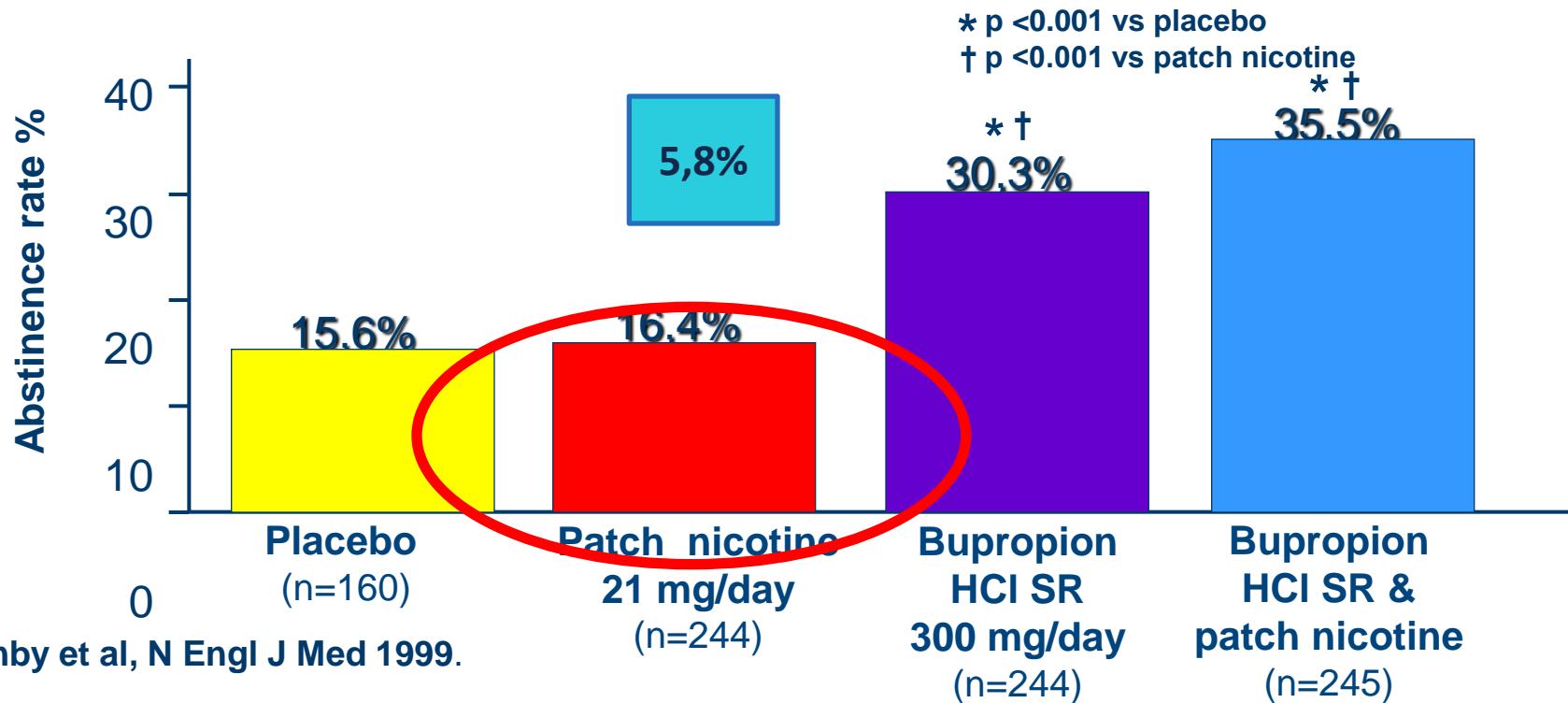
## 1RST RCT (BULLEN ET AL, LANCET 2013)

### 1. Not statistical significance between NRTs and e-cigarette

- Authors: study under-power.
- However, they did not explain why the sample size was not adjusted in light of the recorded abstinence rates.
- Authors: was not possible, because the analysis plan did not allow for interim analyses.
- Opening their discussion, they assert that e-cigarette use resulted in increased smoking abstinence at 6 months.

2. By contrast, a statistically insignificant increase in adverse events in the nicotine e-cigarettes group is glossed over as “no difference” to nicotine patches.

# NRTS QUITTING RATES POINT PREVALENCE SMOKING ABSTINENCE AT 12 MONTHS



Jorenby et al, N Engl J Med 1999.

# E-CIGARETTES FOR SMOKING CESSATION

## 1RST RCT (BULLEN ET AL, LANCET 2013) CONCLUSION AND KEY QUESTIONS

1. e-cigarette was compared to the less effective first line Smoking cessation drug (NRTs).
2. Even with NRTs smoking cessation rates were much less than the ones found in the literature (16,4%).
3. A small percentage followed behavioral counseling.
4. Not statistical significance between NRTs and e-cigarette.

# E-CIGARETTES FOR SMOKING CESSATION

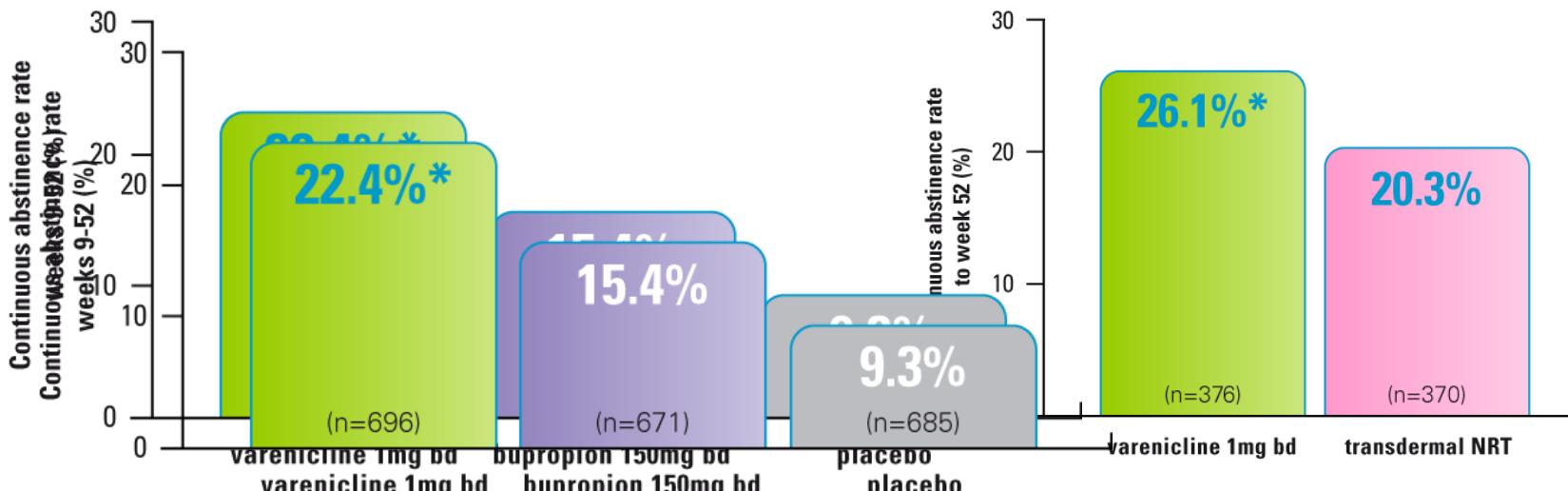
## 2<sup>ND</sup> RCT (ECLAT TRIAL CAPONNETTO, PLOS ONE 2013) CONCLUSION AND KEY QUESTIONS

1. e-cigarette was not compared to any of the effective first line Smoking cessation drugs.
2. Even then e-cigarette containing nicotine had no difference e-cigarette without nicotine.
3. All e-cigarette had **lower smoking cessation rates** (4%-9%-13%) Than placebo in smoking cessation (9%-15,6%)

# E-CIGARETTES FOR SMOKING CESSATION COHRANE COLLABORATION

1. Combined data from the two RCTs comparing abstinence rates in nicotine versus placebo EC groups.
  - There was no significant statistical heterogeneity between the studies ( $\text{Chi}^2 = 0.30$ ,  $P = 0.58$ ;  $I^2 = 0\%$ )
2. pooled results showed use of a nicotine containing EC was associated with higher abstinence rates than placebo EC use  
(RR 2.29, 95%CI 1.05 to 4.96, Analysis 1.1; 662 participants).

# Quit rates with Varenicline, bupropion and NRTs (after one year)



Varenicline vs. bupropion OR = 1.59 (95% CI 1.21, 2.10), \* $p<0.0008$

Varenicline vs. placebo OR = 2.80 (95% CI 2.05, 3.83), \* $p<0.0008$

Varenicline vs. placebo OR = 2.80 (95% CI 2.05, 3.83), \* $p<0.0001$

OR = 1.40 (95% CI 0.99, 1.99), \* $p=0.056$  (not significant)

Weeks 9–52 for varenicline and weeks 8–52 for NRT

Aubin HJ et al. An open label, randomised, multicentre clinical trial of 745 smokers directly compared the recommended courses for Champix for 12 weeks with the NRT patch for 10 weeks. The primary endpoint was the 4 week continuous abstinence rate (co-confirmed) at weeks 9–12 for Champix and at weeks 8–11 for NRT patch. A secondary endpoint was the 4 week continuous abstinence rate (co-confirmed) at weeks 9–52 for Champix and at weeks 8–52 for NRT patch

# WHO-ERS Smoking Cessation train the trainer Project



A screenshot of a computer screen displaying the "Training for Primary Care Providers" e-learning tool. The title "Training for Primary Care Providers: Brief Tobacco Interventions" is at the top, along with a note about funding from the European Respiratory Society. On the left, there is a vertical navigation menu with a "Module 1" button highlighted in red. To the right of the menu, six modules are listed: "Module 1" (The role of primary care providers in tobacco control and tobacco dependence treatment), "Module 2" (Basics of Tobacco use and Tobacco Dependence), "Module 3" (Overview of brief tobacco interventions), "Module 4" (Asking, advising, and assessing readiness to quit), "Module 5" (Dealing with low motivation), and "Module 6" (Assisting and arranging for follow-up). The WHO logo is visible in the top right corner. A "Menu" button is also present in the top right.

An English version, online training course on brief tobacco interventions for primary care providers developed and ready for wide dissemination.

# Στρατηγικές μείωσης αντί πλήρους Διακοπή του καπνίσματος

Lindson N et al, [Smoking reduction interventions for smoking cessation.](#)

Cochrane Database Syst Rev. 2019