

Gedraginterventies voor gewichtscontrole effectief voor volwassenen in de eerste lijn?

Referentie

Madigan CD, Graham HE, Sturgiss E, et al. Effectiveness of weight management interventions for adults delivered in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2022;377:e069719. DOI: 10.1136/bmj-2021-069719

Duiding

Veerle Piessens, huisarts, onderzoeker en praktijkassistent UGent
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is bij volwassenen met een BMI ≥ 25 de effectiviteit van gedraginterventies voor gewichtscontrole aangeboden in de eerstelijnspraktijk vergeleken met geen interventie, een minimale interventie of een aandachtcontrolegroep op vlak van gewichtsreductie na 12 maanden?

Achtergrond

In België heeft bijna de helft van de bevolking (49,3%) overgewicht en 15,9% lijdt aan obesitas (1). Overgewicht en obesitas gaan gepaard met diverse gezondheids- en welzijnsproblemen: rugpijn (2), gewrichtsklachten (3), obesitasstigma (4) en een toenemend risico van diabetes, kanker en cardiovasculair lijden (5). Reeds in een eerdere Minervaduiding van 2010 kwamen de voor- en nadelen van gedraginterventies voor gewichtscontrole bij kinderen en adolescenten met overgewicht of obesitas aan bod. Gedraginterventies met matige tot hoge intensiteit leidden tot een vermindering van de BMI (6,7). Een duiding in 2015 besprak leefstijlinterventies voor de preventie van type 2-diabetes bij een volwassen populatie met een BMI van 25-37. Ook hier werd een positief effect van leefstijlinterventies op gewichtsverlies gevonden (8,9). Een recentere meta-analyse van RCT's toonde aan dat leefstijlinterventies tot gewichtsverlies kunnen leiden, hoewel slechts een minderheid van de deelnemers de vooropgestelde klinisch betekenisvolle 5% gewichtsverlies bereikte en het effect na enige tijd afnam (10). Veel studies gebeurden echter in een specifieke onderzoekssetting, zoals universitaire centra of via commerciële vermageringsprogramma's (type Weight Watchers), wat de brede uitrol ervan beperkt wegens onder andere limieten in capaciteit, beschikbaarheid, afstand of betaalbaarheid. Aangezien steeds meer mensen met gewichtsproblemen te kampen krijgen, zou een toegankelijk en breed implementeerbaar aanbod in de reguliere eerstelijnszorg een grote meerwaarde kunnen betekenen.

Samenvatting

Methodologie

Systematische review en meta-analyse (11).

Geraadpleegde bronnen

- een eerder uitgevoerde systematische review (12)
- Cochrane Central Register of Controlled Trials, Medline, Pubmed en PsycInfo; van 1 januari 2018 tot 19 augustus 2021
- referentielijsten van eerdere reviews (13-18) en geïncludeerde studies.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: gerandomiseerde gecontroleerde studies die het effect op gewichtsverlies na 12 maanden onderzochten van gedraginterventies voor gewichtscontrole in de eerstelijnszorg versus geen behandeling, aandachtcontrole (vergelijkbaar format en intensiteit als de interventie) of minimale interventie; verschillende vormen van gedraginterventie waren mogelijk (face-to-face, telefonisch, met gedrukt materiaal, technologisch ondersteund, individueel of in groep) en konden door verscheidene hulpverleners (zoals artsen,

verpleegkundigen, bewegingsspecialisten, diëtisten, voedingsdeskundigen, gezondheidscoaches) uitgevoerd worden op voorwaarde dat ze werkzaam waren binnen de eerstelijnszorg en de interventie ook binnen deze setting aangeboden werd

- exclusiecriteria in verband met:
 - het doel van de studie: primaire preventie van overgewicht of obesitas, behandeling van cardiovasculaire ziekten of kanker
 - de studiepopulatie: geen gewichtsgelateerde meting (BMI, buikomtrek of gewicht) als selectiecriteria; aanwezigheid van een chronische ziekte die geen extrapoleerbaarheid naar de eerstelijns populatie toelaat (zoals eetstoornis, kanker, chronische nierziekte, ernstige psychische stoornis, cognitieve stoornis); ouders (waarbij de interventie gericht was op gedragsverandering bij hun kind); zwangere vrouwen
 - de interventiegroep: complementaire en alternatieve behandelingen, chirurgische en medicamenteuze behandelingen; voedingssupplementen om gewichtsverlies te bekomen
- uiteindelijke inclusie van 34 RCT's, waarvan 9 met clusterrandomisatie, uitgevoerd in een eerstelijnssetting, 50 tot 864 deelnemers per studie; meeste studies uitgevoerd in Verenigde Staten (N=14), Verenigd Koninkrijk (N=7) of Spanje (N=3).

Bestudeerde populatie

- 11 920 volwassenen ouder dan 18 jaar (gemiddelde leeftijd 48 jaar (SD 9,7)) en een BMI ≥ 25 (gemiddelde BMI 35,2 (SD 4,2) kg/m²); zonder gewichtsverlies in de voorbije 6 maanden en zonder inname van geneesmiddelen die een invloed kunnen hebben op het lichaamsgewicht.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: verandering in gewicht na 12 maanden
- secundaire uitkomstmaten: verandering in gewicht na 24 maanden; verandering in gewicht na laatste opvolgmoment; verandering in buikomtrek na 12 maanden
- random-effects-meta-analyse met resultaten uitgedrukt in gemiddelde verschillen
- subgroepanalyses naargelang type aanbieder (medisch geschoold (huisarts, verpleegkundige, diëtist) versus niet medisch geschoold (vb. gezondheidscoach)), intensiteit (<12 versus ≥ 12 sessies) en risico van studiebias (laag, onduidelijk, hoog).

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: na 12 maanden statistisch significant meer gewichtsverlies in de interventiegroep (-3,7 (SD 6,1) kg) versus de controlegroep (-1,4 (SD 5,5) kg); absoluut verschil van -2,3 kg met 95% BI van -3,0 tot -1,6 kg; $p < 0,001$; $I^2 = 81\%$) in het voordeel van de interventiegroep
- secundaire uitkomstmaten:
 - na 24 maanden statistisch significant meer gewichtsverlies in de interventiegroep versus de controlegroep (-1,8 kg met 95% BI van -2,8 tot -0,8 kg; $p < 0,001$; $I^2 = 88\%$)
 - na 12 maanden statistisch significant meer afname in buikomtrek in de interventiegroep versus de controlegroep (-2,5 cm met 95% BI van -3,2 tot -1,8 cm; $p < 0,001$; $I^2 = 69\%$)
- subgroepanalyses:
 - geen verschil in effect tussen interventies aangeboden door huisartsen (-1,11 kg met 95% BI van -1,87 tot -0,34, N=4, n=788) en niet medisch personeel zoals gezondheidscoaches (-2,00 kg met 95% BI van -2,93 tot -1,06, N=8, n=3 039); geen statistisch significant gewichtsverlies met interventies aangeboden door verpleegkundigen (-0,46 kg met 95% BI van -1,17 tot 0,26, N=5, n=1 004)
 - programma's met 12 of meer sessies zorgden voor een statistisch significant groter gewichtsverlies (-2,36 kg met 95% BI van -3,04 tot -1,68, N=23, n=6 723) dan programma's met minder dan 12 sessies (-0,65 kg met 95% BI van -1,23 tot -0,08, N=11, n=2 215)

- geen statistisch significante verschillen in resultaten naargelang risico van studiebias.

Besluit van de auteurs

Gedragsinterventies voor gewichtscntrole in de eerstelijnszorg voor volwassenen met obesitas zijn effectief om gewichtsverlies te bekomen en zouden aangeboden kunnen worden aan het brede publiek.

Financiering van de studie

National Institute for Health and Care Research

Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs vermelden dat ze geen belangenconflict hebben.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze systematische review en meta-analyse is van matige methodologische kwaliteit op basis van de AMSTAR-2-criteria. De belangrijkste methodologische tekortkomingen situeren zich op het vlak van de zoekstrategie en het rapporteren van geëxcludeerde studies. Ten eerste zochten de auteurs in 3 databases: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Medline (zowel via Ovid als via Pubmed) en Psycinfo, maar geven ze in de bijlage alleen de zoekstrategie voor Medline (via Ovid) weer. Het protocol, weliswaar geregistreerd in PROSPERO (CRD42021275529), vermeldt evenmin een zoekstrategie voor de andere databanken. Ook in de resultatensectie wordt het aantal gevonden titels in de respectievelijke databanken niet weergegeven. Verder is er geen informatie over een eventuele taalrestrictie. Ten tweede geven de auteurs geen overzicht van de geëxcludeerde studies en evenmin over de redenen voor exclusie. Voorts zien we in het protocol op PROSPERO (CRD42021275529) ook angst, depressie en levenskwaliteit als secundaire uitkomstmaten vermeld staan, terwijl deze niet worden opgenomen in de uiteindelijke resultaten (slechts drie studies hadden hier data over). Het risico van bias van de verschillende geïnccludeerde studies werd geëvalueerd met de herziene Cochrane risk of bias tool. Er waren 9 studies met een laag, 13 studies met een hoog en 12 met een onduidelijk risico van bias. Een subgroepanalyse op basis van het risico van bias kon echter geen verschil in resultaten aantonen. Men stelde ook een belangrijke statistische heterogeniteit vast tussen de studies ($I^2=88%$), wat het resultaat van de primaire uitkomstmaat minder zeker maakt. Tot slot includeerden de auteurs twee RCT's (n=285 en n=147) waarin de interventie ook bestond uit maaltijdvervangers (850 kcal/dag) die de deelnemers gedurende 3 tot 5 maanden aangeboden kregen. Het hangt af van hoe breed het concept 'leefstijlinterventie' gedefinieerd wordt om te beoordelen of deze studies al dan niet geïnccludeerd hadden mogen worden. In deze twee studies was het gemiddelde gewichtsverlies trouwens groter (8-9 kg) dan in de andere studies. Ze krijgen in de meta-analyse een vergelijkbaar gewicht als de andere studies en de auteurs laten na om met een sensitiviteitsanalyse te evalueren in welke mate deze uitschieters het totale resultaat beïnvloed hebben.

Beoordeling van de resultaten

De resultaten van deze systematische review liggen in lijn met eerdere meta-analyses over het effect van gedragsinterventies, inclusief de bevinding dat de interventie intensief moet zijn met een hoog aantal contacten om het gewenste effect te bekomen (10,12). De auteurs van de besproken studie geven in de resultaten aan dat programma's met >20% uitval globaal minder effect hadden, maar rapporteren geen aparte cijfers over de mate van uitval in de geïnccludeerde studies. De auteurs rapporteren ook alleen gewichtsverandering in plaats van percentage gewichtsverlies. Hierdoor is het moeilijk om de klinische relevantie van het verschil in te schatten. Richtlijnen zoals die van Duodecim stellen 5-10% gewichtsverlies als relevant streefdoel voorop (19). Het was dus interessanter geweest mocht men onderzocht hebben hoeveel deelnemers een vooraf bepaald klinisch relevant (vb. 5%) gewichtsverlies bereiken. De extrapolatie van de resultaten wordt door een aantal factoren beïnvloed. Zo worden eetstoornissen vermeld als exclusiecriteria, terwijl obesitas

kan samengaan met eetstoornissen zoals eetbuien of boulimia nervosa (20). Daarnaast zijn de geïncorporeerde interventies zeer heterogeen. Het gaat zowel om (online) zelfmonitoring van gewicht in combinatie met bezoeken aan huisarts, diëtist, verpleegkundige of andere als om groeps- of individuele sessies op regelmatige tijdstippen, telefonische applicaties, online zelfhulp, online registratie, een brochure met 10 tips in combinatie met een eenmalig consult. De interventies verschilden dus sterk in format, inhoud, opvolging, intensiteit, en medium en/of persoon door wie de interventie aangebracht werd. Wat betreft intensiteit (aantal contactmomenten) en aanbrenner werden zoals hoger beschreven subgroepanalyses voorzien. Een sensitiviteitsanalyse met uitsluiting van twee studies met hypocalorische maaltijdvervangers was nuttig geweest. Tot slot moeten we ook nog vermelden dat de obesitas-epidemie als een complex maatschappelijk probleem benaderd moet worden en niet als een eenvoudig lineair probleem met vooral aandacht voor individuele gedragsverandering. Er blijken vandaag veel hinderpalen en weerstanden te bestaan om een maatschappelijke aanpak in praktijk te realiseren (21,22).

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De Duodecim-aanbeveling (2019), de behandeling van obesitas, beschikbaar op Ebpracticenet, beveelt leefstijladvies aan als basis voor elke obesitasaanpak (19,20). De nadruk ligt hierbij in eerste instantie op het bekomen van duurzame gedragsverandering met gezonde voeding, afgestemd op de noden, voldoende lichaamsbeweging en eten met aandacht. Eetexpert.be beveelt in zorgpaden en draaiboeken aan om te focussen op een gezonde leefstijl in plaats van op gewicht. Zij geven hierbij ook veel aandacht aan het belang van emotioneel welbevinden (23).

Besluit van Minerva

Deze systematische review en meta-analyse van RCT's toont aan dat leefstijlinterventies aangeboden in de eerstelijnspraktijk tot een beperkt, maar statistisch significant gewichtsverlies kunnen leiden na één jaar. Het vraagt wel een intensieve aanpak met minstens 12 contacten en gemotiveerde patiënten die het programma volhouden. Het effect neemt af met de tijd, maar blijft tot 2 jaar nadien statistisch significant. Deze review is van matige kwaliteit en komt tot gelijkaardige resultaten als eerdere meta-analyses over dit onderwerp.

Referenties: zie website