

Klinische vraag

Wat is de abstinentiegraad na minstens 6 maanden rookreductie versus abrupte rookstop bij rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken? Wat is de veiligheid van het gebruik van farmacotherapie bij rookreductie?

Referentie Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, Issue 11.

Duiding Hedwig Boudrez, Psycholoog-tabakoloog, Hartcentrum, Anti-rookconsultaties, Universitair Ziekenhuis Gent

Achtergrond

Na een stoppoging hervallen de meeste rokers zonder hulp binnen 1 week en slechts 4% blijft na 1 jaar rookvrij¹. Ook bij rookstopprogramma's liggen de hervalpercentages hoog. Zo zouden de gespecialiseerde rookstopcentra in het V.K. slechts 15% van de patiënten na 1 jaar rookvrij kunnen houden². De meeste centra voor hulp bij rookstop, en ook de bestaande richtlijnen^{3,4}, adviseren abrupte rookstop. Heel wat argumenten pleiten echter voor het promoten van een geleidelijke vermindering van het aantal sigaretten alvorens volledig te stoppen. Zo blijkt uit bevolkingsonderzoek dat ruim de helft van de rokers die van plan is te stoppen, kiezen voor de weg van de reductie⁵. Andere argumenten pro zijn: een tragere afbouw van nicotine geeft minder abstinentieverschijnselen, kleinere doelstellingen werken drempeleverlagend en verhogen het zelfvertrouwen, de deconditionering van rookgewoontes kan meer geleidelijk verlopen. Maar, alvorens deze methode kan worden aanbevolen is onderzoek naar de efficiëntie ervan versus abrupte rookstop noodzakelijk.

Samenvatting van de studie

Methodologie

Systematische review en meta-analyse

Geraadpleegde bronnen

- Cochrane Tobacco Addiction Review Group Specialised Register met RCT's tot juli 2012, gevonden via CENTRAL, MEDLINE, EMBASE en PsycINFO
- manueel zoeken in gespecialiseerde tijdschriften, congresrapporten, referentielijsten van vroegere studies en reviews.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: gerandomiseerd of quasi-gerandomiseerd onderzoek; rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken; minstens 1 groep krijgt het advies om het aantal sigaretten te verminderen en minstens 1 groep krijgt het advies om abrupt te stoppen; gedragstherapie en farmacotherapie zijn gelijk verdeeld tussen beide groepen; rapportering van rookstop tot minstens 6 maanden na de stopdag
- inclusie van 10 studies, waarvan 7 uitgevoerd in de V.S.A., 1 in Oostenrijk, 1 in Zwitserland en 1 in Spanje; gebruik van farmacotherapie in 3 studies; 5 studies gaven face-to-face of telefonische gedragsondersteuning, 4 studies boden een handboek of een computerprogramma aan voor zelfhulp en 1 studie bood beide aan.

Bestudeerde populatie

- 3760 (14 tot 1277 per studie) sigarettenrokers (gemiddeld 25,4 sigaretten per dag); gemiddelde leeftijd van 42,8 jaar; evenveel mannen als vrouwen.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: rookstop tot minstens 6 maanden na de stopdag; bij voorkeur biochemisch bevestigde rookstop i.p.v. (zelf-)rapportering van rookstop
- secundaire uitkomstmaten: aantal en aard van de ongewenste effecten.

Resultaten

- geen verschil in rookstop tussen beide groepen (RR 0,94; 95% BI 0,79 tot 1,13); geen invloed van het gebruik van farmacotherapie of van gedragsondersteuning op de resultaten
- de 7 studies die geen geneesmiddelen gebruikten maakten geen melding van ongewenste effecten; de 3 studies die wel geneesmiddelen gebruikten rapporteerden ongewenste effecten die bij gebruik van nicotinevervangende therapie verwacht worden: pijnlijke mond, droge mond, gloeiende keel, hik, maagpijn.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat een reductie van het aantal sigaretten vóór de stopdag gelijkaardige rookstopresultaten oplevert als abrupt stoppen met roken. Daarom kan aan patiënten de keuze gelaten worden tussen beide methodes. De reductiemethodes kan men uitvoeren met zelfhulpmateriaal en ondersteunen met gedragsbegeleiding en nicotinevervangende therapie vóór het stoppen. Om toekomstig beleid en nieuwe interventies te onderbouwen is het nodig om verder te onderzoeken welke reductiemethode het meest effectief is en welk type rokers men het meest kan helpen met een bepaalde strategie.

Financiering van de studie University of Birmingham; University of Vermont; National Institute for Health Research and the National Health Service; the UK Centre for Tobacco Control Studies; Fletcher Allen Health Care

Belangenconflicten van de auteurs alle auteurs deden consultancy-activiteiten en onderzoek voor farmaceutische bedrijven die rookstopmedicatie produceren; 1 van de auteurs verrichtte universitair onderzoek dat gefinancierd werd door een producent van nicotinevervangende producten.

Methodologische beschouwingen

Deze meta-analyse verliep volgens de methode van de Cochrane Collaboration. Twee onderzoekers zochten naar relevante artikels in het Cochrane Tobacco Addiction Review Group Specialised Register, dat zich baseert op CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO en in 2012 herwerkt is. Door de aanvullende manuele zoektocht is de kans op publicatiebias eerder gering. Het kleine aantal studies maakte het echter niet mogelijk om publicatiebias op te sporen. De uiteindelijke inclusie, data-extractie en methodologische beoordeling van de geïncludeerde studies gebeurden door 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar. De 2 recentste studies vertoonden voor de 3 onderzochte domeinen (randomisatie, **concealment of allocation** en verwerking van ontbrekende gegevens) geen enkel risico van **bias**. Een **sensitiviteitsanalyse** kon aantonen dat de resultaten van de meta-analyse niet beïnvloed waren door inclusie van 2 studies met risico van bias voor 3 domeinen en 2 studies met risico van bias voor 2 domeinen. Uit een andere sensitiviteitsanalyse bleek ook dat een wel of niet gevalideerde meting van rookstop geen invloed had op de resultaten. Niettegenstaande de afwezigheid van **statistische heterogeniteit** verschilden de studies wel in follow-up, waardoor het niet mogelijk was om de absolute cijfers van rookstop te poolen.

Resultaten in perspectief

De resultaten van deze studie tonen aan dat er bij volwassen rokers die proberen om te stoppen, geen verschil bestaat in abstinentiëgraad tussen abrupte rookstop en geleidelijke vermindering. Dat resultaat moeten we echter voorzichtig interpreteren. Vooreerst is het gebaseerd op een gering aantal studies. Van de aanvankelijk 543 gevonden studies werden er uiteindelijk slechts 10 studies geïncludeerd in de meta-analyse. In vergelijking met een vorige versie⁶ zijn er geen nieuwe studies geïncludeerd. Zeven studies dateren van vóór 2000 en alleen voor de recentste studies is het zeker dat ze methodologisch correct zijn uitgevoerd (zie hoger).

In hun discussiegedeelte suggereren de auteurs zelf enkele verklaringen voor het gevonden resultaat. Zo zouden patiënten vlugger geneigd zijn om te stoppen met roken wanneer ze kleinere doelstellingen voor ogen hebben. Resultaten uit observationeel onderzoek bevestigen dit. Rookreductie leidde niet alleen tot een afname in zelfgerapporteerde tabaksconsumptie, maar ook tot een toegenomen motivatie voor volledige abstinentie⁷. Ander onderzoek wijst er dan meteen weer op dat verdere en meer doorgedreven interventies noodzakelijk zijn om na initiële rookreductie blijvende rookstop te bereiken⁸. Een belangrijk inclusiecriteria voor deze meta-analyse was trouwens dat de deelnemers de intentie moesten hebben om volledig te stoppen met roken. Het was m.a.w. niet de bedoeling om na rookreductie verder te blijven roken. Hier volgt dan ook meteen een belangrijke implicatie voor de klinische praktijk: de primaire doelstelling van een geleidelijke afbouw blijft een volledige rookstop.

We zouden intuïtief kunnen verwachten dat een reductieprogramma wellicht meer kans op slagen heeft wanneer geneesmiddelen gebruikt worden. De subgroepanalyses tonen nochtans aan dat de resultaten niet afhangen van de manier waarop rookstopbegeleiding plaatsvindt, noch van het wel of niet gebruiken van farmacotherapie. De gebruikte geneesmiddelen beperkten zich tot nicotinevervangende middelen. Bupropion en varenicline kwamen niet aan bod en misschien is het mogelijk dat deze middelen de kans op rookstop na rookreductie versterken. Jammer ook dat we uit deze meta-analyse niet kunnen afleiden of nicotinevervangende middelen tijdens de reductiepe-

riode aanleiding geven tot meer ernstige ongewenste effecten. Volgens een recente review zou dit echter niet het geval zijn⁹. Door een tekort aan studies en door de klinische heterogeniteit tussen de studies kan deze meta-analyse geen antwoorden geven op vragen als: welke reductiemethode (bijvoorbeeld 'met' versus 'zonder' vast afbouwschema) is het meest effectief? wat is de ideale periode waarover een reductieprogramma kan worden uitgevoerd? welk type rokers (bv. zware rokers versus occasionele rokers) komt in aanmerking voor rookreductie? kan rookreductie ook worden geadviseerd aan rokers die niet geïnteresseerd zijn in een totale rookstop? Uit verschillende reviews blijkt immers dat advies tot rookreductie bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen de kans op een latere stoppoging kan verhogen^{10,11}.

Besluit van Minerva

Deze methodologisch uiterst zorgvuldig uitgevoerde meta-analyse besluit op basis van 10 RCT's dat er bij rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken na 6 maanden geen verschil in abstinentiëgraad bestaat tussen rookreductie en abrupte rookstop.

Voor de praktijk

De NHC-Standaard over stoppen met roken spreekt zich niet uit over rookreductie versus abrupte rookstop wanneer een stopdatum is afgesproken³. CKS adviseert in de eerste plaats een abrupte rookstop. Wanneer dat niet mogelijk is kan men overwegen om vooraf met behulp van nicotinevervangende medicatie het aantal sigaretten te verminderen. De boodschap dat volledig stoppen veruit de beste optie is en dat verminderen met roken geen alternatief is voor volledig stoppen, moet hierbij gehandhaafd blijven⁴. De resultaten van de hier besproken meta-analyse suggereren dat rookreductie niet tot minder goede resultaten zal leiden dan abrupte rookstop. Welk type patiënt voor deze aanpak het meeste in aanmerking komt, welke de beste reductiemethode is, en over welke periode de reductie best wordt gespreid is uit deze meta-analyse niet af te leiden.

Referenties

- Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99:29-38.
- Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The English smoking treatment services: one year outcomes. *Addiction* 2005;100(suppl2):59-69.
- Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, et al. NHC-Standaard Stoppen met roken. *Huisarts Wet* 2007;50:306-14.
- National Institute for Health and Care Excellence, Clinical Knowledge Summaries. Smoking cessation. Last revised in October 2012.
- Hughes JR, Callas PW, Peters EN. Interest in gradual cessation. *Nicotine Tob Res* 2007;9:671-5.
- Lindson N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2012; Issue 11.
- Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. Smoking reduction intervention in a large population-based study. The Inter99 study. *Prev Med* 2005;40:112-18.
- Cropsey KL, Jackson DO, Hale GJ, et al. Impact of self-initiated pre-quit smoking reduction on cessation rates: results of a clinical trial of smoking cessation among female prisoners. *Addict Behav* 2011;36:73-8.
- Moore D, Aveyard P, Connock M, et al. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009;338:867-80.
- Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine Tob Res* 2006;8:739-49.
- Asfar T, Ebbert JO, Klesges R, Relyea GE. Do smoking reduction interventions promote cessation in smokers not ready to quit? *Addict Behav* 2011;36:764-8.