

---

# De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens

M.C.WILLEMSSEN, E.J.WAGENA EN C.P.VAN SCHAYCK

Ongeveer de helft van de sterfte aan longkanker, chronische obstructieve longziekte (COPD), coronaire hartziekten en beroerte kan worden toegeschreven aan roken.<sup>1</sup> Hierdoor is roken de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige ziekte en sterfte in Nederland.<sup>2</sup> Het percentage rokers daalt in Nederland langzaam. In het afgelopen decennium (1990-2000) is het gedaald van 35 naar 30%.<sup>1</sup> Naast verdergaande overheidsmaatregelen en intensivering van de massamediale voorlichting kan het geven van professionele ondersteuning aan rokers die een stoppoging doen, bijdragen aan het verder afnemen van de rokersprevalentie.<sup>3</sup> Resultaten uit een recente Amerikaanse studie suggereerden dat rokende patiënten die professionele ondersteuning benutten succesvoller zijn bij het stoppen dan patiënten die op enkel wilskracht vertrouwen.<sup>4</sup>

De ontwikkeling van methoden en hulpmiddelen om te stoppen met roken heeft een lange geschiedenis, die teruggaat tot de eerste alarmerende berichten over de gezondheidsschade van tabak, in de jaren zestig van de 20e eeuw. Sindsdien is veel bekend geworden over nicotineverslaving en de effectiviteit van stopmethoden. Het is bijvoorbeeld duidelijk geworden dat er bij tabaksgebruik zowel een sterke psychische afhankelijkheid is als een lichamelijke verslaving aan de nicotine. De effectiefste methoden besteden aandacht aan beide aspecten. In de jaren zeventig en tachtig lag de nadruk op de ontwikkeling van gedragstherapeutische behandelingen van stoppen met roken. In de jaren negentig kwamen daar farmacotherapeutische hulpmiddelen bij die zich meer richten op de lichamelijke verslaving. Mede door de toegenomen variatie neemt het gebruik van ondersteuningsmiddelen bij stoppen met roken langzaam toe. In 1991 gebruikte 18% van de stoppers enige vorm van ondersteuning.<sup>5</sup> In 2000 was dit toegenomen tot 24%.<sup>6</sup> In het buitenland is er ook een sterke toename: tussen 1986 en 1996 nam het gebruik van de ondersteuning in de Verenigde Staten toe van 8 naar 20%.<sup>4</sup>

De afgelopen decennia is veel onderzoek verricht naar de effectiviteit van stopmethoden. Hierdoor is de behoefte aan betrouwbare systematische informatie over werkzaamheid en succeskans groot. In de Verenigde Staten,<sup>7</sup> Groot-Brittannië<sup>8</sup> en Nieuw-Zeeland<sup>9</sup>

---

Zie ook het artikel op bl. 917.

---

## SAMENVATTING

**Doel.** Een overzicht krijgen van in de Cochrane Library beschikbare gegevens over in Nederland bestaande stopmethoden en hulpmiddelen bij stoppen met roken.

**Opzet.** Systematisch literatuuroverzicht.

**Methoden.** Methoden om te stoppen met roken die in 1999 en 2000 in Nederland gebruikelijk waren, werden geselecteerd uit eerder verricht onderzoek. Gegevens uit relevante Cochrane-reviews over die stopmethoden werden verzameld, waarna de effectiviteit werd berekend als gepoolde oddsratio's en als percentages van 12 maanden continue abstinentie.

**Resultaten.** De volgende methoden waren effectiever dan placebo: schriftelijk advies op maat, individuele counseling, telefonische counseling, groepscursus, alle vormen van nicotine therapie, bupropion en nortriptyline. Acupunctuur was niet beter dan placebo. Over hypnotherapie kon geen eenduidige uitspraak worden gedaan. Naar de Allen Carr-methode was geen gerandomiseerd onderzoek verricht. Percentages van 12 maanden continue abstinentie van de bewezen effectieve methoden waren: advies op maat: 7%, individuele counseling: 16%, telefonische counseling: 7,5%, nicotinekauwgom: 17%, nicotinepleisters: 13%, nicotine-inhaler: 17%, nicotinetabletten: 20%, bupropion: 17% en nortriptyline: 24%. De stoppercentages van nicotinetabletten en nortriptyline waren gebaseerd op slechts 2 respectievelijk 1 studie.

**Conclusie.** Er zijn verschillende bewezen effectieve stoppen-met-roken-ondersteuningsvormen in Nederland beschikbaar. De langetermijnsuccespercentages varieerden van 7 tot 24.

---

zijn onlangs klinische richtlijnen ontwikkeld voor ondersteuning bij stoppen met roken. De adviezen die hierin zijn opgenomen, zijn gebaseerd op systematische reviews van gecontroleerde studies.<sup>10</sup>

Nederlandse klinische richtlijnen dienen ook gebaseerd te worden op de beschikbare wetenschappelijke gegevens van de in Nederland toegepaste en beschikbare stopmethoden. In enkele recente Nederlandse publicaties is getracht een overzicht te bieden van de effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden.<sup>11-14</sup> Geen van deze artikelen biedt echter een systematisch overzicht van wat bekend is over het volledige scala aan in Nederland beschikbare ondersteuningsvormen. Een andere vraag is vooral afkomstig uit de praktijk, namelijk die naar absolute stoppercentages.

In het in dit artikel beschreven onderzoek beantwoordden wij de volgende 2 vragen: (a) welke van de momenteel in Nederland gangbare vormen van stop-ondersteuning zijn bewezen effectief? (b) welke kans heeft een roker om definitief van het roken af te komen

---

STIVORO voor een rookvrije toekomst, Postbus 16.070, 2500 BB Den Haag.

Dr.M.C.Willemsen, psycholoog.

Universiteit Maastricht, capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht.

Drs.E.J.Wagena, gezondheidswetenschapper; prof.dr.C.P.van Schayck, epidemioloog.

Correspondentieadres: dr.M.C.Willemsen (mwillemsen@stivoro.nl).

wanneer hij of zij een stoppoging doet met gebruik van een bepaalde stopmethode?

#### METHODE

*Selectie van stopmethoden.* Bij de selectie van stopmethoden gingen wij uit van recente vragenlijstgegevens, die wij aanvulden met actuele kennis over hulpmiddelengebruik in Nederland van STIVORO voor een rookvrije toekomst. De vragenlijstgegevens waren afkomstig van recent NIPO-onderzoek onder een representatieve groep rokers.<sup>6</sup> Hieruit bleek dat mensen die in 1999 en 2000 een stoppoging deden de volgende vormen van ondersteuning gebruikten: nicotinekauwgom, nicotinepleisters, nicotine-inhaler, acupunctuur, de Allen Carr-methode, bupropion, softlasertherapie, 'antirookpreparaten', groepscursus, advies op maat, telefonische counseling, hypnosetherapie en ondersteuning door de arts.<sup>6</sup>

Een aantal relevante methoden viel buiten het NIPO-onderzoek. Nicotine in tabletvorm (zuigtablet of sublinguale tablet) was pas kort verkrijgbaar in Nederland en daarom niet in de enquête opgenomen. Het antidepressivum nortriptyline wordt als middel bij stoppen met roken voorgeschreven, hoewel het daarvoor niet is geïndiceerd. Omdat het een veelbelovend middel leek,<sup>15</sup> namen wij de effectiviteit ervan wel op in het hier beschreven onderzoek. Omdat inmiddels verschillende experimenten plaatsvonden waarbij rokende patiënten in gespecialiseerde poliklinieken van ziekenhuizen individuele counseling kregen voor hun rookverslaving, namen wij ook de methode van individuele counseling op. Tot slot werden met het oog op volledigheid zelfhulp-gidsen voor stoppen met roken meegenomen; deze waren niet in de NIPO-enquête opgenomen. De softlasertherapie werd beschouwd als een variant op acupunctuur.

*Cochrane-reviews.* De eerste onderzoeksvraag, die naar de bewezen effectiviteit van methoden, werd beantwoord door een analyse van bestaande reviews van de Cochrane Collaboratie. Uit de *Cochrane Library*, cd-romversie 2003 (issue 1), werd een selectie gemaakt met het trefwoord 'smoking cessation'. Hierna werden de reviews geselecteerd die betrekking hadden op in Nederland beschikbare stopmethoden. Van elke review werd vervolgens Peto's gepoolde oddsratio (OR) genoteerd die hoorde bij de vergelijking van de betreffende behandeling met placebo of geen behandeling.

Indien over een in Nederland veelgebruikte stopmethode geen Cochrane-review was verschenen, werd in *Medline* en *Psychlit* gezocht naar relevante studies om de effectiviteit te bepalen.

*Aanvullende analyses.* Ter beantwoording van de tweede onderzoeksvraag, die naar stoppercentages, voerden wij aanvullende analyses uit op de ruwe gegevens die in de metaview-tabellen bij elk Cochrane-review te vinden waren. In de Cochrane-reviews waren namelijk wel oddsratio's gerapporteerd, maar niet altijd de bijbehorende absolute succeschansen.

In sommige studies was continue abstinentie gedefinieerd als een opeenvolging van meerdere puntprevalentiemetingen, waarbij de roker bij elke meting absti-

nent was. De Cochrane-reviews gebruikten de in elke studie gehanteerde conservatiefste uitkomstmaat (tenminste 12 maanden continu abstinente), maar accepteerden bij gebrek hieraan ook studies die alleen follow-upgegevens over 6 maanden presenteerden en studies die alleen puntprevalentie van abstinente rapporteerden. Voor het bepalen van de oddsratio was dit geen probleem, aangezien abstinente in de interventie- en de controlegroepen op dezelfde wijze gemeten was. Voor het bepalen van een stoppercentage was het echter belangrijk dat werd uitgegaan van één criterium.

Gegevens over continue abstinente geven de betrouwbaarste metingen van het directe resultaat van een interventie. Follow-upperiodes van 6 maanden of minder geven een overschatting van het effect; 12 maanden is een beter criterium omdat daarna nog maar 5% van de ex-rokers terugvalt.<sup>16</sup> Continue abstinente gedurende 12 maanden wordt daarom wel beschouwd als de gouden standaard in stoppen-met-rokenonderzoek.<sup>17, 18</sup> Wij berekendend dan ook behalve een succespercentage na tenminste 6 maanden op basis van alle relevante studies, ook een percentage op basis van gegevens over 12 maanden continue abstinente. De succespercentages werden bepaald door per behandeling het aantal succesvolle stoppers te delen door het totaal aantal personen dat de behandeling onderging. Patiënten van wie geen follow-upgegevens waren verkregen, werden als roker beschouwd.

#### RESULTATEN

Er werden 20 Cochrane-reviews over de effectiviteit van hulpmiddelen voor stoppen met roken gevonden; 8 daarvan gingen over vormen van ondersteuning die in Nederland beschikbaar waren.<sup>19-26</sup> Over 2 in Nederland veelgebruikte methoden, namelijk de Allen Carr-methode en 'antirookpreparaten' (vitaminepreparaten, homeopathische middelen, kruidenmengsels), bestond geen Cochrane-review. In de aanvullende zoekacties werd geen gerandomiseerde klinische studie naar de effectiviteit van de Allen Carr-methode gevonden. De groep van 'antirookpreparaten' was dermate divers dat het niet mogelijk bleek om onder één noemer naar literatuur te zoeken. Beide methoden werden verder buiten beschouwing gelaten.

De tabel geeft een samenvatting van de relatieve werkzaamheid (OR's) van de diverse methoden en van de door ons berekende succespercentages. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen weergegeven.

*Zelfhulp-gids.* Er waren 9 studies waarin de behandeling bestond uit het per post toezenden van een zelfhulp-gids aan rokers (al dan niet gemotiveerd om te stoppen), soms vergezeld van een brief van de arts, en waar de controlegroep geen behandeling kreeg.<sup>19</sup> In 2 studies bestond de behandeling uit het toesturen van een serie opeenvolgende materialen. Behandeling had 23% meer succeschansen dan geen behandeling (OR = 1,23).

In 6 van de 9 studies was gemeten hoeveel patiënten continu abstinente waren gedurende tenminste 12 maanden. Gemiddeld was dit 3,1%.

Het verstrekken van een zelfhulp-gids door een arts of

interventie	relatieve werkzaamheid		abstinent na minimaal 6 maanden follow-up (puntprevalentie)		continu abstinent gedurende 12 maanden	
	aantal studies	gepoolde oddsratio (95%-BI)	aantal studies	aantal patiënten (%)	aantal studies	aantal patiënten (%)
zelfhulpgids, zonder contact	9	1,23 (1,02-1,49)*	12	447/8165 (5,5)	6	114/3651 (3,1)
zelfhulpgids met persoonlijk stopadvies	8	0,91 (0,70-1,17)†	8	123/1734 (9,7)	2	41/631 (6,5)
advies op maat	8	1,41 (1,14-1,75)‡	8	223/3987 (5,6)	3	75/1128 (6,6)
individuele counseling	10	1,55 (1,27-1,90)§	10	263/1831 (14,4)	4	137/851 (16,1)
telefonische counseling	13	1,56 (1,38-1,77)	13	734/7845 (9,4)	9	434/5757 (7,5)
groeps cursus	5	1,91 (1,20-3,04)¶	5	68/424 (16,0)	0	–
nicotinekauwgom	51	1,66 (1,52-1,81)**	51	1508/7674 (19,6)	26	812/4860 (16,7)
met intensieve begeleiding			29	922/3541 (26,0)	15	434/2302 (18,9)
met minimale begeleiding			21	526/3747 (14,0)	11	292/2664 (11,0)
nicotinepleisters	33	1,76 (1,59-1,95)**	34	1419/9895 (14,3)	17	801/6142 (13,0)
met intensieve begeleiding			22	764/4909 (15,6)	11	313/2640 (11,7)
met minimale begeleiding			12	655/4986 (13,1)	6	488/3502 (13,9)
nicotine-inhaler	4	2,08 (1,43-3,04)**	4	84/490 (17,1)	4	84/490 (17,1)
nicotinetablet	2	1,73 (1,07-2,80)**	2	49/243 (20,2)	2	49/243 (20,2)
bupropion	7	2,54 (1,90-3,41)**	7	152/958 (15,9)	4	89/518 (17,2)
nortriptyline	2	2,77 (1,73-4,44)**	3	58/286 (20,3)	1	24/99 (24,2)
hypnotherapie	4	–	0	–	0	–
acupunctuur	3	1,02 (0,72-1,43)**	10	160/1015 (15,8)	3	55/636 (8,6)

\*Controle: geen behandeling.

†Controle: alleen stopadvies.

‡Controle: zelfhulp(gids).

§Controle: gebruikelijke zorg of minimale interventie.

||Controle: geen behandeling of zelfhulp(gids).

¶Controle: wachtlijst of een folder.

\*\*Controle: placebo.

verpleegkundige (of andere hulpverlener) voegde niets toe aan een persoonlijk stopadvies.<sup>19</sup>

**Advies op maat.** Er waren 8 gerandomiseerde trials naar de effectiviteit van adviesteksten die door de computer waren samengesteld op basis van een vragenlijst.<sup>19</sup> In 6 studies kreeg de controlegroep een folder of een zelfhulpgids en in 2 was een controlegroep opgenomen die geen behandeling kreeg. De gepoolde resultaten waren dat rokers met een advies op maat meer kans hadden om te stoppen met roken.

In 3 studies was de continue abstinentie over 12 maanden vermeld; het gepoolde stoppercentage was 6,6.

**Individuele counseling.** Individuele counseling was gedefinieerd als een behandeling van een roker door een counselor die getraind was in het geven van specialistische hulpverlening aan rokers, echter geen arts of verpleegkundige.<sup>20</sup> Het aantal sessies (1 tot 16) en de duur van de sessies (15-60 min) varieerde sterk. Bij sommige studies werden de behandelingsgesprekken deels persoonlijk en deels telefonisch gehouden. Er waren 10 studies beschreven waarin individuele counseling was vergeleken met 'gebruikelijke zorg' of een minimale behandeling. Hiervan waren 7 uitgevoerd met ziekenhuispatiënten of poliklinische patiënten. De patiënten die deelnamen aan counseling hadden een statistisch significant verhoogde succeskans.

In 4 studies waren 12 maanden continue abstinencijfers gepresenteerd. Het gepoolde stoppercentage was 16.

**Telefonische counseling.** Er waren 13 studies beschreven waarin het effect van actieve telefonische counseling was vergeleken met dat in een controlegroep (zelfhulpgids of -folder of geen interventie).<sup>21</sup> De gepoolde oddsratio was 1,56 (95%-BI: 1,38-1,77). De conclusie luidde dat telefonische counseling effectiever is dan een interventie zonder persoonlijk contact. Het percentage continue abstinentie over 12 maanden kon berekend worden in 9 studies en bedroeg 7,5.

**Groeps cursussen.** Er waren 5 studies waarin een groepsprogramma vergeleken was met geen interventie (wachtlijstcontrole) of met een minimale (bijvoorbeeld een folder).<sup>22</sup> Een cursus was effectiever dan de controles. Bij geen van de studies waren gegevens over continue abstinentie over 12 maanden vermeld.

**Ontwenningmiddelen.** Er waren 94 gerandomiseerde onderzoeken beschreven waarin nicotine therapie was vergeleken met placebo of geen behandeling (51 kauwgom, 33 pleisters, 4 inhaler, 4 neusspray en 2 tabletten).<sup>23</sup> Alle vormen van nicotine therapie waren statistisch significant effectiever dan placebo of geen behandeling. De gepoolde OR van alle 94 studies tezamen was 1,73 (95%-BI: 1,62-1,85). De tabel toont de resultaten van de 4 toedieningsvormen die in Nederland verkrijgbaar zijn. De succespercentages waren doorgaans bereikt met een combinatie van nicotine therapie en psychologische ondersteuning. Die ondersteuning was gering (stopadvies en enige nazorg) of intensief (tenminste 30 min en meer dan 2 vervolgbehandelingen). Het percentage continue

abstinentie na 12 maanden bij behandeling met nicotinekauwgom met een intensieve ondersteuning was ruim 2 keer zo hoog als met een minimale begeleiding. De weinig intensieve behandeling vond veelal plaats in de huisartspraktijk bij ongemotiveerde rokers. In het geval van een behandeling met pleisters maakte de intensiteit van de begeleiding geen verschil.

Er waren 7 studies naar de effectiviteit van het ontwenningmiddel bupropion.<sup>24</sup> In alle 7 was bupropion 300 mg/dag gebruikt vergeleken met placebo. De behandelingsduur varieerde van 7 tot 12 weken. In 6 studies ontving de controlegroep placebomedicatie en in 1 studie was het gebruik van bupropiontabletten en placebo-pleisters vergeleken met dat van placebotabletten en -pleisters. In alle studies kregen de respondenten een ondersteuningsprogramma bestaande uit 8-10 wekelijkse individuele counselingssessies en 5-8 additionele telefonische contactmomenten. De sessies/contacten duurden steeds maximaal 15 min. Volgens de gepoolde OR op basis van de resultaten van de 7 studies was bupropion ruim 2,5 keer zo effectief als placebo. Er voldeden 4 van de 7 studies aan het criterium van 12 maanden continue abstinentie. Het gepoolde stoppercentage was 17,2.

*Antidepressiva.* Er waren 3 studies naar het tricyclische antidepressivum nortriptyline.<sup>24</sup> De deelnemers ontvingen additionele intensieve groepstherapie en/of individuele ondersteuning. Nortriptyline was effectiever dan placebo. In 1 studie werd de continue abstinentie na 12 maanden vermeld; het stoppercentage was 24,2.

*Hypnotherapie.* Er waren 4 studies waarin hypnose was vergeleken met een placebo-interventie (alleen aandacht).<sup>25</sup> Omdat de afzonderlijke studies qua opzet te veel van elkaar verschilden, werden de resultaten niet samengevoegd. In 3 studies was er geen statistisch significant voordeel van hypnose vergeleken met aandacht. Geen van de studies hanteerde 12 maanden continue abstinentie als succes criterium.

*Acupunctuur.* Er waren 18 studies met acupunctuur, waarvan 3 placebogecontroleerd, waarin ook continue abstinentiegegevens over 12 maanden waren beschreven.<sup>26</sup> Uit de gepoolde resultaten bleek dat de behandeling niet beter was dan placebo. Het percentage continue abstinentie na 12 maanden was 8,6.

#### BESCHOUWING

Uit het overzicht van werkzaamheid en effectiviteit van de belangrijkste in Nederland beschikbare methoden om te stoppen met roken, kan worden geconcludeerd dat de volgende beter werken dan placebo, geen behandeling of een minimale behandeling: een schriftelijk advies op maat, individuele counseling, telefonische counseling, groepscursus, alle vormen van nicotine therapie, bupropion en nortriptyline. Bij de nicotinetabletten is de bewijsvoering beperkt; deze is namelijk gebaseerd op slechts 2 studies. Wat betreft zelfhulpguides kwam een genuanceerd beeld naar voren: de gids is statistisch significant beter dan geen behandeling indien verstuurd naar rokers, maar heeft geen bewezen toegevoegde waarde bij een stopadvies door een arts of verpleegkundige. Acupunctuur is niet beter dan placebo. Het aantal

gerandomiseerde studies waarop deze conclusie gebaseerd is, namelijk 3, is evenwel gering. Het lijkt ons dan ook raadzaam om meer onderzoek naar deze methode uit te voeren. Over hypnotherapie kan geen eenduidige uitspraak worden gedaan. Naar de veelgebruikte Allen Carr methode is geen gerandomiseerd onderzoek bekend.

Rokers die gebruikmaken van bepaalde stopmethoden verschillen onderling sterk op factoren die samenhangen met stoppen met roken, zoals de mate van nicotineverslaving, motivatie om te stoppen, eigen verwachtingen van de effectiviteit, geslacht, leeftijd en welstandsklasse. In een recent Nederlands onderzoek waren rokers die voor telefonische counseling kozen, statistisch significant sterker nicotineverslaafd, ouder, hoger opgeleid en vaker vrouw en zij hadden minder vertrouwen in de eigen mogelijkheden om met roken te kunnen stoppen dan rokers die een advies op maat gebruikten.<sup>27</sup> Door dergelijke verschillen is het niet verantwoord om stoppercentages van stopmethoden onderling met elkaar te vergelijken en te bepalen welke methode het effectiefst is. Dat kan alleen in gerandomiseerde studies waarin patiënten onder dezelfde condities aan verschillende methoden worden toegewezen. Wel kunnen uitspraken gedaan worden over het stoppercentage per afzonderlijke methode. Dit is zinvolle informatie voor een arts of hulpverlener die een inschatting wil maken van de succeskans die een individuele patiënt zal hebben met een bepaald middel. Hierbij doen zich echter interpretatieproblemen voor.

Een belangrijke vraag is of de in de Cochrane-reviews gevonden stoppercentages valide zijn buiten de klinische onderzoekssetting. Is er een onderschatting of juist een overschatting van de werkelijke effecten? Voor beide effecten bestaan argumenten.

Een belangrijke factor die bijdraagt aan een onderschatting is dat de respondenten die bij de nameting niet meer konden worden geïnterviewd als roker werden meegeteld. In studies met een hoog percentage 'non-responders' zal dit effect sterk zijn. Het percentage uitvallers ligt doorgaans onder de 20.

Een aantal factoren draagt bij aan een mogelijke overschatting van de werkelijke effecten. Ten eerste is er altijd een effect van het meten. Dit is recent nog eens aangetoond in een Nederlands onderzoek waarin rokers die deelnamen aan een massamediale stopcampagne en bij wie 3 maal werd gemeten, succesvoller waren dan een vergelijkbare groep rokers bij wie alleen een nameting was uitgevoerd.<sup>28</sup> Ten tweede zijn in- en exclusiecriteria van belang: het gevonden stoppercentage hangt samen met de mate waarin een onderzoekspopulatie 'makkelijk' stopt met roken. Respondenten in klinisch onderzoek zijn vaak gezonde proefpersonen met een hoge motivatie, hetgeen bevorderlijk is voor het stopsucces.<sup>10</sup> In de praktijk zullen echter meer patiënten met aan roken gerelateerde ziekten deelnemen, hetgeen ook positief kan samenhangen met stopsucces. Ten derde wordt er in veel onderzoek, met name dat naar farmacologische middelen, gebruikgemaakt van combinatietherapie. In geen enkele studie is onderzocht wat het succes is van bijvoorbeeld bupropion indien het voorgeschreven

wordt als onderdeel van de normale huisartsroutine. Ten vierde worden de farmacologische methoden in de praktijk vaak niet geheel volgens voorschrift gebruikt: de kuur wordt niet afgemaakt of de therapietrouw is onvolledig, vooral bij rokers die terugvallen.<sup>29</sup> Daardoor zullen de effecten in de praktijk tegen kunnen vallen. Ten vijfde is er publicatiebias, vooral ten aanzien van de effectiviteit van farmacologische middelen.<sup>30</sup> Hiervoor zijn in het geval van nicotinekauwgom en -pleisters aanwijzingen gevonden.<sup>31</sup>

Een beperking van het hier beschreven onderzoek is dat voor het bepalen van stoppercentages alleen gebruik is gemaakt van gerandomiseerde studies. Recentelijk zijn Nederlandse praktijkgegevens gepubliceerd over advies op maat en telefonische counseling.<sup>32</sup> Van degenen die een advies op maat kregen, was na 12 maanden nog 5,8% continu abstinente. Dit ligt in de lijn van wat uit de Cochrane-reviews naar voren kwam (6,6%). Het percentage succesvolle stoppers bij telefonische counseling was 9,5, hetgeen hoger is dan de Cochrane-resultaten (7,5%). Dit suggereert dat de telefonische counseling zoals die in Nederland wordt aangeboden kwalitatief beter is dan de gemiddelde counseling zoals onderzocht in de Cochrane-reviews.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

#### ABSTRACT

*The efficacy of smoking-cessation methods available in the Netherlands: a systematic review based on Cochrane data*

**Objective.** To obtain an overview of data from the Cochrane Library on smoking-cessation methods and aids available in the Netherlands.

**Design.** Systematic literature review.

**Method.** Common smoking-cessation methods in the Netherlands in 1999 and 2000 were selected from previous research. Data from relevant Cochrane reviews about these cessation methods were collected, after which the efficacy was calculated as a pooled odds ratio and the effectiveness as a percentage of 12 months' continuous abstinence.

**Results.** The following methods were found to be more efficacious than placebo: tailored written advice, individual counselling, telephonic counselling, group courses, all forms of nicotine-replacement therapy, bupropion and nortriptyline. Acupuncture was not superior to placebo. It was not possible to draw any unequivocal conclusions about hypnotherapy. No randomised studies were found with respect to the 'Allen Carr method'. Rates of 12 months' continuous abstinence were as follows for those methods with proven efficacy: tailored advice: 7%, individual counselling: 16%, telephonic counselling: 7,5%, nicotine gum: 17%, nicotine patch: 13%, nicotine inhaler: 17%, nicotine tablets: 20%, bupropion: 17%, and nortriptyline: 24%. The success rates for nicotine tablets and nortriptyline were based on only 2 and 1 study respectively.

**Conclusion.** Several effective smoking-cessation methods are available in the Netherlands. In trials the long-term effectiveness of these methods was between 7-24%.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Defacto-rookvrij. Jaarverslag 2001. Den Haag: Defacto-rookvrij; 2002.

- 2 Deckers JW, Berkel TFM van. Gezondheidsschade door roken. Ned Tijdschr Tandheelkd 1999;106:400-3.
- 3 Willemsen MC, Zwart WM de, Mooy JM. Effectiviteit van overheidsmaatregelen om het tabaksgebruik terug te dringen. In: Roscam Abbing EW, redacteur. Tabaksonmoedigingsbeleid: gezondheidseffectrapportage. Utrecht: Netherlands School of Public Health; 1998.
- 4 Zhu S, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. Am J Prev Med 2000;18:305-11.
- 5 NIPO. Continu onderzoek rookgewoonten. Personen 15 jaar en ouder. Periode 1991-IV. Amsterdam: NIPO; 1992.
- 6 NIPO. Continu onderzoek rookgewoonten. Personen 15 jaar en ouder. Periode 2000-IV. Amsterdam: NIPO; 2001.
- 7 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Clinical Practice Guidelines: treating tobacco use and dependence. Rockville, Md.: Agency for Health Care Policy Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
- 8 Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. Thorax 1998;53(Suppl 5 Pt 1):S1-19.
- 9 National Health Committee. Guidelines for smoking cessation. Wellington: Ministry of Health; 1999.
- 10 Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 2000;321:355-8.
- 11 Broer J, Meyboom-de Jong B, Molen T van der. Nieuwe mogelijkheden om te stoppen met roken. Med Contact 1999;54:1159-62.
- 12 Mudde AN, Kok G. Hoe effectief zijn 'stoppen met roken'-campagnes? Ned Tijdschr Tandheelkd 1999;106:424-7.
- 13 Wagena EJ, Huibers MJH, Schayck CP van. Therapieën voor stoppen met roken (antidepressiva, nicotinevervanging en counseling) en implicaties voor de behandeling van patiënten met chronische obstructieve longziekte. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1492-6.
- 14 Berkmortel FWPJ van den, Bootsma GP, Heijdra YF, Spiegel PI van, Wollersheim H. Smoking cessation: which aids are worthwhile? Neth J Med 2000;57:198-205.
- 15 Wagena EJ, Zeegers MPA, Huibers MJH, Chavannes NH, Schayck CP van. Bupropion: een effectief nieuw hulpmiddel bij het stoppen met roken. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:103-4.
- 16 Mudde AN, Willemsen MC, Kremers S, Vries H de. Meetinstrumenten voor onderzoek naar roken en stoppen met roken. Den Haag: Stivoro; 2000.
- 17 Richmond RL. A comparison of measures used to assess effectiveness of the transdermal nicotine patch at 1 year. Addict Behav 1997; 22:753-7.
- 18 Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 1987.
- 19 Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- 20 Lancaster T, Stead LF. Individual behaviour counselling for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- 21 Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- 22 Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- 23 Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- 24 Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- 25 Abbott NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- 26 White AR, Ramesh H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.

- 27 Plas AGM van der, Hilberink SR, Hermans MH, Breteler MHM. Evaluatie van de millenniumcampagne 'Dat kan ik ook!' en regionale cursussen stoppen met roken. Resultaten en predictoren van succes. Nijmegen: Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction; 2001.
- 28 Westerik H, Rijt GAJ van der. De millenniumcampagne 'Stoppen met roken 2000': evaluatie van een campagne onder Nederlandse rokers. Nijmegen: Katholieke Universiteit; 2001.
- 29 Sonderskov J, Olsen J, Sabroe S, Meillier L, Overvad K. Nicotine patches in smoking cessation: a randomized trial among over-the-counter customers in Denmark. *Am J Epidemiol* 1997;145:309-18.
- 30 Stewart LA, Parmar MK. Meta-analysis of the literature or of individual patient data: is there a difference? *Lancet* 1993;341:418-22.
- 31 Egger M, Davey Smith G, Schneider M, Minder CE. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997;315:629-34.
- 32 Molen T van der, Raaijmakers JAM. Afkicken met bupropion: succesvol hulpmiddel bij het stoppen met roken. *Med Contact* 2001;56:1333-6.

Aanvaard op 8 oktober 2002

## Casuïstische mededelingen

# Behandeling gedurende de geboorte van een foetus met een halsteratoom: 'ex-utero-intrapartumtherapie' (EXIT)\*

L.W.E.VAN HEURN, G.H.STEVENS, G.SIE, B.C.SCHOOT, M.J.W.SMETS, A.W.D.GAVILANES, B.KREMER EN T.H.M.HASAART‡

Luchtwegafsluiting bij de geboorte gaat gepaard met een hoge morbiditeit en mortaliteit. Behandeling tijdens de geboorte ('ex-utero-intrapartumtherapie' (EXIT)) is een relatief nieuwe behandeling waarbij in eerste instantie slechts de bovenste lichaamshelft van de foetus wordt geboren tijdens een electieve sectio caesarea.<sup>1 2</sup> Zo kan een vrije ademweg worden verkregen terwijl de placentaire circulatie intact blijft en ervoor zorgt dat de foetus goed geoxygeneerd blijft. Goede resultaten van EXIT in het buitenland hebben ons doen besluiten deze behandeling in Nederland toe te passen bij een foetus met een grote tumor in de hals, die zonder deze behandeling bijna zeker tijdens de partus zou zijn overleden.<sup>1 3 4</sup>

### ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt A, een 33-jarige para I gravida II, presenteerde zich met positieve dyscongruentie bij een zwangerschapsduur van 27 weken. Bij antenatale echografie was er hydramnion. Bij de

Zie ook de artikelen op bl. 900 en 931.

### SAMENVATTING

Bij een mannelijke foetus met een groot teratoom van de hals werd tijdens de geboorte per sectionem zogenaamde 'ex-utero-intrapartumtherapie' (EXIT) toegepast om een vrije ademweg te verkrijgen. Patiënt werd orotracheaal geïntubeerd met intacte placentaire circulatie. 9 min na het begin van de operatie was de luchtweg veiliggesteld en werd de navelstreng onderbonden. 11 dagen na de geboorte werd de tumor verwijderd. EXIT is de behandeling van keuze bij een foetus met een grote tumor in de hals die de trachea afsluit. Multidisciplinaire begeleiding met goede antenatale diagnostiek, operatieve uterusrelaxatie en intubatie of tracheotomie bij de foetus met intacte placentaire circulatie is essentieel.

foetus werd een centrale zwelling in de nek gezien met een diameter van 4 cm, die de trachea en de oesofagus comprimeerde. Er waren geen verdere afwijkingen zichtbaar.

In de 28e zwangerschapsweek werd patiënte opgenomen met premature weeënactiviteit en werd zij behandeld met fenterol 2,5 µg/min i.v. Voorts werd wekelijks amniocentese gedaan, waarbij in totaal ruim 10 l amnionvloeistof werd geaspireerd. Om de longrijping van de foetus te versnellen kreeg patiënte 2 keer betamethason (dinatriumfosfaat) 12 mg i.m.

Echografische controle liet groei van de tumor zien tot een diameter van 9 cm bij een zwangerschapsduur van 33 weken. Om de verhouding van de tumor ten opzichte van de trachea en de oesofagus vast te stellen werd een antenatale MRI verricht onder maternale en foetale sedatie na orale toediening van flunitrazepam 2 mg aan de moeder 1 h vóór de MRI (ACS-NT-systeem, Philips, Eindhoven, 1,5 Tesla). Daarbij werd een waarschijnlijk afgekapselde tumor waargenomen van 5 cm × 8 cm × 9 cm, waarvan de relatie met de trachea en de oesofagus niet duidelijk kon worden gevisualiseerd. Gezien de persisterende tracheacompressie werd in teamverband (gynaecoloog, neonatoloog, radioloog, anesthesioloog, kno-arts en kinderchirurg) besloten tot EXIT-behandeling bij een zwanger-

\*De in dit artikel beschreven casus werd eerder gepubliceerd in *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology* (2002;100:246-50) met als titel 'The ex utero intrapartum treatment (EXIT) procedure in fetal neck masses: a case report and review of the literature'.

‡Dit artikel wordt afgedrukt met meer dan 6 auteurs, die allen naar het oordeel van de redactie aan de criteria voor auteurschap hebben voldaan.

Academisch Ziekenhuis Maastricht, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht. Afd. Chirurgie: dr.L.W.E.van Heurn en G.Sie, chirurgen.

Afd. Gynaecologie: G.H. Stevens, assistent-geneeskundige; dr.T.H.M. Hasaart, gynaecoloog.

Afd. Anesthesiologie: M.J.W.Smets, anesthesioloog.

Afd. Neonatologie: A.W.D.Gavilanes, neonatoloog.

Afd. Keel-, Neus- en Oorheelkunde: dr.B.Kremer, kno-arts.

Catharina Ziekenhuis, afd. Gynaecologie, Eindhoven.

Dr.B.C.Schoot, gynaecoloog.

Correspondentieadres: dr.L.W.E.van Heurn

(e.vanheurn@urgery.azm.nl).