

Stoppen met roken met behulp van medicamenten

Vraagstelling

Hoe effectief zijn bupropion en nortriptyline bij pogingen met roken te stoppen?

Betekenis voor huisarts en patiënt

In de NHG-Standaard COPD wordt stoppen met roken als de belangrijkste stap gezien bij de behandeling van COPD. Hierbij worden een gestructureerde aanpak en eventueel nicotinevervanging geadviseerd. Het gunstige effect met nicotinevervanging is na één jaar 27%; bij behandeling met placebo was 13% na een jaar nog steeds gestopt.

Met deze trial is aangetoond dat bupropion effectief is als ondersteuning bij een stoppoging. Nortriptyline doet niet veel onder voor bupropion en is bovendien beduidend goedkoper.

Korte beschrijving

Achtergrond Bij COPD-patiënten is aangetoond dat stoppen met roken een positieve invloed heeft op de longfunctie en verdere achteruitgang van de longfunctie en kwaliteit van leven kan beperken. Het is onbekend in hoeverre bupropion en nortriptyline behulpzaam zijn bij het stoppen met roken bij COPD-patiënten. De vraagstelling van het onderzoek is dan ook hoe effectief genoemde middelen zijn bij COPD-patiënten en bij patiënten die nog geen COPD hebben, maar wel een grote kans hebben COPD te ontwikkelen (de risicogroep).

Opzet en interventie Dubbelblinde RCT waarbij bupropion en nortriptyline

werden vergeleken met placebo en met elkaar. Patiënten werden in drie groepen verdeeld: een bupropiongroep (150 mg gedurende 1 week, daarna tweemaal daags 150 mg), een nortriptylinegroep (3 dagen 25, 4 dagen 50 mg en daarna eenmaal daags 75 mg) en een placebogroep. De follow-up was 26 weken. De analyse werd zowel volgens de intention-to-treat methode als per protocol uitgevoerd. De groepsgrootte werd berekend op basis van een minimaal relevant verschil van 15% in het voordeel van de actieve medicatie met een power van 80%.

Primaire uitkomstmaat Volledige abstinentie van roken vanaf week 4 tot en met week 26 vanaf het moment dat niet meer gerookt mocht worden (de tweede week na start van de interventie). Het rookgedrag werd met dagboekjes geanalyseerd. Met urineonderzoek werd driemaal gecontroleerd in hoeverre er al dan niet gerookt werd.

Resultaten In de bupropiongroep was na 26 weken 28% definitief gestaakt, in de nortriptylinegroep 25% en in de placebogroep 15%. Bij vergelijking van bupropion met placebo waren de resultaten: OR 2,26; (95%-BI 1,07-4,81); bij nortriptyline versus placebo: OR 1,96 (95%-BI 0,90-4,23) en bij bupropion versus nortriptyline: OR 1,16 (95%-BI 0,58-2,32).

Bij subanalyse van de COPD-groep waren de odds-ratio's iets hoger dan in de totale groep (bupropion versus placebo OR 4,12; 95%-BI 1,22-14,0; nortriptyline versus placebo OR 2,9; 95%-BI 0,87-10,0 en bupropion versus nortriptyline OR 1,40; 95%-BI 0,55-3,58). In de risicogroep werd geen significant effect vastgesteld.

Wat is een POEM?

Een POEM (*Patient Oriented Evidence that Matters*) is een evidence-based referaat van een wetenschappelijk artikel. De feitelijke informatie uit het artikel geven we daarbij zo helder, objectief en transparant mogelijk weer. Daarnaast vertalen we de uitkomsten van het artikel naar de huisarts die een patiënt voor zich heeft, zo mogelijk met NNT of andere getallen die voor de individuele patiënt inzichtelijk zijn. We vergelijken de resultaten met huidige richtlijnen of de gangbare werkwijze. Voorlopig publiceren we in elke H&W een POEM.

Bijwerkingen werden vooral gemeld in de nortriptylinegroep (droge mond, moeheid en defecatieklachten).

Conclusie van de onderzoekers Bupropion helpt significant beter bij het stoppen met roken bij COPD-patiënten dan een placebo. Nortriptyline helpt wel beter dan een placebo, maar het verschil is net niet significant. Er bleek geen groot verschil in effectiviteit tussen bupropion en nortriptyline. Nortriptyline is een goed alternatief voor bupropion om COPD-patiënten te helpen definitief te stoppen met roken.

Bewijskracht Gerandomiseerd placebogecontroleerd dubbelblind onderzoek (1b).²

Arie Knuistingh Neven en Just Eekhof, LUMC

1 Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, Wouters EF, Van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2005;165:2286-92.

2 www.infopoems.com/levels.html.

Boeken

Psychische problemen en werk

Van der Klink JLL, Terluin, B, redactie. *Psychische problemen en werk. Handboek voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts*. Houten: Bohn Staf-leu Van Loghum, 2005. 546 pagina's, € 55. ISBN 90-313-3792-7.

In de Leidraad van de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (CPA) staat dat: 'werkhervatting meer een voorwaarde voor herstel is, dan dat herstel voorwaarde voor werkhervatting is'. Het is belangrijk dat de huisarts en bedrijfsarts een actieve rol spelen in het herstel van de patiënt met psychische klachten.

Hiertoe zijn er richtlijnen voor bedrijfsartsen en huisartsen ontwikkeld en er is een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning (LESA) opgesteld. De LESA vormt de basis voor dit boek, dat uit twee delen bestaat.

In het eerste deel komen de uitgangspunten voor een actieve begeleiding aan bod

en competentiegebieden zoals diagnostiek, interventies en consultvoering. Het tweede deel beschrijft ziektebeelden voor de bespreking van psychische problemen en werk.

Degenen die de artikelen van Terluin en Van der Klink in H&W hebben gelezen, en de LESA kennen, herkennen veel in het eerste deel van dit boek. De auteurs staan uitvoerig stil bij de positie van de huisarts en de bedrijfsarts en de onderlinge samenwerking bij patiënten met psychische klachten. In het hoofdstuk over diagnostiek worden de vier symptoomdimensies besproken: psychische spanningsklachten (*distress*), lichamelijke spanningsklachten (somatisatie), depressie en angst. Met behulp de Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) van Terluin kan je deze meten. De uitslag van deze klachtenlijst vormt een werkhypothese voor de begeleiding van de patiënt. Ook wordt een checklist voor probleemoriëntatie en eerstelijnsclassificatie beschreven. In het boek staat niet of deze lijsten ook gebruikt worden, en het is de vraag of de huisarts niet met een korte anamnese tot dezelfde uitkomsten komt.

In het volgende hoofdstuk bespreken de auteurs de interventies die gericht zijn op het individu. Er zijn drie fases: de crisis, het in kaart brengen van het probleem en de oplossing. Voor veel van de beschreven interventies is geen wetenschappelijk bewijs, maar ze lijken wel voldoende *practice based*.

Vervolgens komen de generieke consultvaardigheden aan bod. En het hoofdstuk *De werknemer in zijn context* betreft vanuit het systeemtheoretisch kader de omgeving van de patiënt bij de benadering van het probleem.

Het hoofdstuk over de juridische aspecten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is belangrijk. De auteurs bespreken alle veranderingen tot en met 1 januari, zoals vervanging van de WAO door de *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen* (WIA). Ze geven aan dat terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid een belangrijk maatschappelijk thema is geworden, waarbij de bedrijfsarts, maar ook de huisarts en specialist een cruci-

ale rol spelen. Informatie-uitwisseling tussen huisarts en bedrijfsarts en tussen bedrijfsarts en werkgever moet zeer goed bewaakt worden. Het gevaar van het overtreden van de privacy van de patiënt is een reëel probleem.

Het tweede deel van het boek beschrijft de verschillende ziektebeelden. Aan het eind van ieder hoofdstuk leggen de auteurs de relatie met arbeid en bespreken ze de samenwerkingsaspecten. De verschillende ziektebeelden worden goed beschreven en de casuïstiek is illustratief, al is die in ieder leerboek te vinden. Het hoofdstuk over stressgerelateerde klachten is zeer herkenbaar voor de praktiserende huisarts. De classificatie in spanningsklachten, overspanning en burn-out is echter onvoldoende onderbouwd. Binnen de ICPC en ICD10 zijn spanningsklachten en burn-out op symptoomniveau geclassificeerd en overspanning op diagnostisch niveau. Meer onderzoek moet uitwijzen of deze verschillende categorieën inderdaad te onderscheiden ziektebeelden zijn.

Bij de bespreking van de epidemiologie ontbreken de gegevens uit de huisartsenpraktijk en noemen ze het Transitieproject niet. Dat is een gemis.

Concluderend is dit een goedgeschreven boek met veel herkenbare casuïstiek en up-to-date informatie.

Kees van Boven

Signalement nieuwe diagnostiekboeken

De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. *Diagnostiek van alledaagse klachten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005. 830 pagina's, € 69,50. ISBN 90-313-4404-9.

Reitsma WD, Elte JWF, Overbosch D. *Differentiële diagnostiek in de interne geneeskunde* (471 pagina's, € 68,50). *Compendium differentiële diagnostiek in de interne geneeskunde* (249 pagina's, € 36,50). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.

Er is een nieuwe uitgave van het boek *Diagnostiek van alledaagse klachten*. Beide oorspronkelijke delen zijn nu aangevuld

met literatuur tot juli 2004 en met 7 nieuwe hoofdstukken. De boeken zijn samengevoegd tot één band. Aanbevolen voor wie de vorige versie van het boek nog niet heeft.

Ook van een het leerboek *Differentiële diagnostiek in de interne geneeskunde* verscheen een nieuwe uitgave, samen met een klein compendium. De meeste hoofdstukken gaan uit van klachten of symptomen, maar niet allemaal. Als naslagwerk om even te weten hoe het ook al weer zat met de diagnostiek van splenomegalie of bloedbraken is het handig. Het boek biedt net iets meer achtergrondinformatie dan het *Diagnostisch Kompas* en is zeker aan te bevelen als je wat meer over achtergronden wilt weten. Maar dat *Kompas* is – zeker in de internetuitvoering – in de dagelijkse praktijk handiger.

Joost Zaat

Kanker in Nederland

Feiten + fabels over kanker in Nederland '05. Utrecht: Vereniging van integrale kankercentra, 2005. € 6,28, inclusief verzendkosten. Te bestellen via www.ikcnet.nl. ISBN 90-71275-35-2.

Ter gelegenheid van de vijftiende verjaardag van de Nederlandse kankerregistratie is er een nieuwe uitgave verschenen van het boekje *Feiten + fabels over kanker in Nederland*. Al doen berichten in de media ons anders geloven, de kans op het krijgen van kanker is in de laatste 15 jaar nauwelijks veranderd. Het absolute aantal geregistreerde kankerpatiënten per jaar is weliswaar gestegen van 56.000 in 1989 tot 73.000 in 2003, maar die toename houdt min of meer gelijke tred met de bevolkingsaanwas. Wel zijn er verschuivingen opgetreden in de frequentie van de verschillende soorten. Longkanker heeft de eerste plaats moeten afstaan aan borstkanker en staat nu op de derde plaats in de kanker-toptien, na darmkanker. Slokdarmkanker en prostaatkanker, nu op de vierde plaats, zijn in opkomst; maagkanker, baarmoederhalskanker en eierstokkanker daarentegen komen minder vaak voor dan 15 jaar geleden. Op de