

Emne: Tobaksafvænning	Dato: 4.3.2013	Retningslinje nummer:
Udarbejdet af: Nina Skavlan Godtfredsen, Philip Tønnesen og Ronald Dahl	Dato for revision: 4.3.2015	Sider: 2

1.1. BAGGRUND

I Danmark er der 14.000 tobaksrelaterede dødsfald årligt svarende til ca. 25% af alle dødsfald. Prævalensen af dagligrygere i Danmark er stadig faldende, og nærmer sig nu ca. 20 % af den voksne befolkning. Der er dog fortsat en relativt stigende andel af meget tobaksafhængige rygere, ligesom den sociale skævhed i rygning er tiltagende. Blandt patienter med moderat til svær KOL er der omkring 25 %, der fortsat ryger.

På befolkningsniveau er behandling af tobaksafhængighed mere effektivt og kosteffektivt sammenlignet med alle andre udbredte behandlings- og forebyggelsestiltag. Ca. 75 % af alle rygere har et ønske om at holde op, og simpel rutinemæssig registrering af patienters rygestatus har vist at øge rygestopraten. Rygestop prævalensen efter 1 år er 2-3 % uden nogen form for hjælpemiddel (den spontane rygestoprate), mens den er 20-30% med maksimal støtte. Non-farmakologisk intervention i form af rygestoprådgivning, evt. blot som kortfattet opfordring til rygeophør, øger i sig selv rygestopraten og det samme gør sig gældende for de godkendte medicinske præparater til rygestop. Der er evidens for at den mest optimale metode til langvarigt rygestop er *kombination af rådgivning og medicinsk behandling*.

1.2. EFFEKTEN AF RYGESTOPINTERVENTION

Tabel 1 viser effekten af de anerkendte metoder til behandling af tobaksafhængighed blandt "raske rygere". Desværre er der kun publiceret ganske få studier, der specifikt omhandler rygestop og barrierer for dette til patienter med tobaksrelaterede lungesygdomme (stort set kun KOL). Mens prædiktorer og motivation for rygeophør er forskellige hos "raske" versus syge rygere, viser studierne at i begge grupper, er kombinationen af rådgivning og farmakologisk behandling den bedste metode til at opnå langvarigt rygeophørsrater.

1.3. FARMAKOLOGISK BEHANDLING

Som 1. valgs præparat tilrådes enten *nikotin-substitution* (NRT) eller *vareniclin* (Champix®).

1.2.1. Nikotin replacement therapy

NRT er det bedst afprøvede middel til tobaksafvænning og øger chancerne for røgfrihed med ca. 50% og har kun milde bivirkninger og stort set ingen kontra-indikationer. Kombineret anvendelse af nikotinplaster og en af de andre typer NRT øger rygestopraten og tilrådes til KOL patienter, der ser ud til at være mere nikotinafhængige og har sværere ved at holde op med at ryge end rygere uden co-morbiditet. Den anbefalede behandlings-varighed er 8-12 (-26) uger.

1.2.2. Vareniclin

Vareniclin er mere effektivt end et NRT og bupropionSR (Zyban®), mens kombinationen af 2 NRT produkter har samme effekt. Ved fejlslagte behandlinger med NRT eller ønske fra rygeren anvendes vareniclin eller som andet valg bupropion, som begge er receptpligtige, ikke-tilskudsberettigede præparater. Vareniclin binder sig til nikotinreceptorerne i hjernen og virker både som agonist og antagonist, hvorved nydelsen ved rygning forsvinder og abstinenssymptomerne aftager. Behandlingsvarigheden er 12 uger. Der har været en række rapporter og meta-analyser vedrørende vareniclin og cardio-vaskulære bivirkninger og neuro-psykiatriske bivirkninger som depression og øget selvmodrisiko, men samlet set er der ikke fundet nogen sikker kausal sammenhæng mellem vareniclin og disse bivirkninger, men helt udelukke en sammenhæng kan man ikke.⁴

1.2.3. Bupropion

Bupropion er et antidepressivum, som hæmmer genoptagelsen af dopamin og noradrenalin og dermed mindsker rygetrangen og de fysiske abstinenser. Behandlingsvarigheden er 7-12 (-26) uger.

Man må forvente en risiko for kramper (epileptisk anfald) hos ca. 1 ud af 2000 behandlet med bupropion, og der er rapporteret svære allergiske hudreaktioner.

1.2.4. Alternative rygestop metoder

Der er **ikke** evidens for at alternative metoder til rygestop såsom akupunktur, hypnose eller EasyWay (Allan Carr) har nogen som helst effekt. Det seneste år har *den elektroniske cigaret*, som indeholder nikotin og som udvikler vanddamp, og dermed simulerer "rigtig

rygning” vundet indpas. E-cigaretten fås på nettet og i nogle dagligvarekæder, men kan ikke anbefales generelt, da der ikke foreligger nogen randomiserede kliniske studier til at belyse effekten og nikotinen syntes at indeholde få procent tobakstjære.

1.4. KLINISKE ANBEFALINGER

Aktuel eller tidligere rygning skal registreres hos alle patienter, der henvender sig med lungesympptomer. Konkrete rygestoptilbud afhænger af den tilgængelige ekspertise og muligheder i lokalområdet, men som minimum skal alle rygere rådgives om vigtigheden af rygeophør. Dette gælder ikke mindst for patienter med kendte rygerelaterede lungesygdomme, og for KOL er det endvidere et krav i det nationale register DrKOL at rygere er tilbudt hjælp til rygestop.

KOL patienter har behov for støtte og rådgivning, opfølgende besøg og farmakologisk behandling med ovennævnte rygestopmidler (kombination af 2 NRT produkter eller vareniclin). Såfremt KOL patienten ikke ophører med at ryge bør der tilbydes gentagne rygestopkure med 4-6 måneders mellemrum, indtil det lykkes at holde op med at ryge.

Rygestopbehandling er en af de mest cost-effektive intervention vi har, og rygestop hos patienter med KOL reducerer faldet i lungefunktionen og reducerer morbiditet og mortalitet. Derfor bør rygestop have top prioritet i behandlingen af KOL.

Tabel 1

Hvor effektive er rygestop interventioner?	Antal studier	Odds Ratio (95% konfidensinterval)	Total N
NRT vs placebo eller ingen behandling	111	1.58 (1.50-1.66)	>40,000
Bupropion vs placebo	36	1.69 (1.53-1.85)	11,140
Bupropion + NRT vs NRT	6	1.23 (0.67-2.26)	1106
Vareniclin vs placebo	10	2.31 (2.01-2.66)	4443
Vareniclin vs bupropion	3	1.52 (1.22-1.88)	1622
Vareniclin vs NRT	2	1.13 (0.94-1.35)	778
Simpel rådgivning vs ingen intervention	17	1.66 (1.42-1.94)	15,930
Telefon stoplinie vs ingen intervention	9	1.37 (1.26-1.50)	24,000