

Rauchabstinenz

Wie effektiv sind Nikotinpflaster?

Die meisten erwachsenen Raucher wollen mit dem Rauchen aufhören. Eine englische Studie untersuchte, ob eine vierwöchige Therapie mit Nikotinplastern vor dem Rauchstopp die Entwöhnung fördert.

British Medical Journal

Die Nikotinersatztherapie gilt aufgrund ihres günstigen Verhältnisses von Wirkungen zu Nebenwirkungen als Arzneimitteltherapie der ersten Wahl zur Unterstützung des Rauchverzichts, sofern keine Kontraindikationen bestehen. Nikotinplaster erzeugen kontinuierlich hohe Nikotinblutspiegel und ersetzen daher einen relativ gleichmässig über den Tag verteilten Konsum von Zigaretten. Der rezeptpflichtige Arzneistoff Vareniclin, ein Partialantagonist an Nikotinrezeptoren, wird ebenso zur Minderung der Entzugssymptome und des Rauchverlangens eingesetzt.

Nikotingabe versus konventionelle Pharmakotherapie

In einer randomisierten, kontrollierten Open-label-Studie wurde die Effektivität einer vierwöchigen Nikotinplastertherapie vor dem Rauchstopp untersucht. Die Untersuchungen wurden von 2012 bis 2015 in englischen Kliniken durchgeführt. 1792 Patienten nahmen teil. Sie waren nikotinabhängig und rauchten täglich. Etwa die Hälfte der Patienten – die Experimentalgruppe – erhielt eine Nikotinplastertherapie mit einer Dosierung von 21 mg/24 h vor dem Rauchstopp. Anschliessend wurden alle Patienten verhaltenstherapeutisch behandelt und erhielten eine konventionelle Pharmakotherapie. Das zurzeit wirkungsvollste Präparat ist Vareniclin.

Primärer Endpunkt war die biochemisch gesicherte prolongierte Abstinenz nach 6 Monaten. Während die kontinuierliche Abstinenz einen kompletten Rauchstopp bezeichnet, gesteht die prolongierte Abstinenz den Rauchern in den ersten 2 Wochen nach dem Rauchstopp Rückfälle zu.

Sekundäre Endpunkte waren die prolongierten Abstinenzen nach 4 Wochen und nach 12 Monaten.

Kaum Unterschiede in den Abstinenzraten

Eine biochemisch gesicherte Abstinenz nach 6 Monaten wurde von 157/899 Teilnehmern (17,5%) in der Experimentalgruppe und von 129/893 Teilnehmern (14,4%) in der Kontrollgruppe erzielt. Die Primäranalyse ergab eine Differenz von 3,0 Prozent (95%-Konfidenzintervall [KI]: -0,4 bis 6,4%; OddsRatio [OR]: 1,25 [95%-KI: 0,97–1,62]; $p = 0,08$).

Die Häufigkeit der Gabe von Vareniclin nach dem Rauchstopp beeinflusste das Ergebnis, und bei statistischer Anpassung ergab sich eine Differenz von 3,8 Prozent (95%-KI: 0,4–7,2%; OR: 1,34 [95%-KI: 1,03–1,73]; $p = 0,03$).

Nach vier Wochen betrug bei fehlender Anpassung die OR 1,21 (95%-KI: 1,00–1,48; Differenz: 4,3% [95%-KI: 0,0–8,7%]; $p = 0,05$). Bei statistischer Anpassung ergab sich eine OR von 1,32 (95%-KI: 1,08–1,62; $p = 0,007$).

Nach 12 Monaten betrug der Unterschied der prolongierten Abstinenzen bei fehlender Anpassung 1,28 (95%-KI: 0,97–1,69; Differenz: 2,7% [95%-KI: -0,4% bis 5,8%]; $p = 0,09$). Bei statistischer Anpassung betrug die OR 1,36 (95%-KI: 1,02–1,80; $p = 0,04$).

5,9 Prozent der Teilnehmer brachen die Therapie vor dem Rauchstopp aufgrund von Unverträglichkeiten gegenüber den Medikamenten ab. Nebenwirkungen wie beispielsweise gastrointestinale Beschwerden oder Störungen des Nervensystems waren im Nikotinarm häufiger als im Kontrollarm. Bei gastrointestinalen Beschwerden betrug die absolute Differenz 4,0 Prozent

(95%-KI: 2,2–5,9%). Sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe traten acht schwere unerwünschte Ereignisse auf (OR: 0,99; 95%-KI: 0,36–2,75).

Effekte noch unklar

Ob eine Pharmakotherapie vor Beginn des Rauchstopps eine effektive Wirkung entfaltet, konnte bisher nicht sicher nachgewiesen werden. Zwar kam eine Metaanalyse aus dem Jahr 2011 zu dem Ergebnis, dass pharmakotherapeutische Massnahmen vor Beginn des Rauchstopps wirksam sind. Jedoch waren die Daten heterogen und ein langfristiger Vorteil nicht klar nachweisbar.

Diese Studie konnte nicht nachweisen, dass die Gabe von Nikotin vor dem Rauchstopp die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Rauchabstinenz erhöht. Dass kein positiver Effekt zu erkennen war, könnte auf der geringeren Einnahme von Vareniclin beruhen, wenn vor dem Rauchstopp mit Nikotinplastern behandelt wurde. Künftige Studien sollten diesen Aspekt berücksichtigen. ▲

CBT

Interessenlage: Die Autoren der referierten Originalstudie geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Quelle:

Ataya A et al.: Effects on abstinence of nicotine patch treatment before quitting smoking: parallel, two arm, pragmatic randomised trial. *BMJ* 2018; 361: k2164, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k2164>.