

## Het is nooit te laat om te stoppen met roken

### 1. Stoppen met roken, het kan

In Groot-Brittannië zijn er bij de 50-plussers tweemaal meer ex-rokers dan rokers.<sup>1</sup>

In België is de stopratio (ex-rokers/rokers + ex-rokers) gestegen van 46,7% in 1997 tot 49,9% in 2001. Deze ratio stijgt ook afhankelijk van de leeftijd (van 33% tussen 15 en 24 jaar tot 80% vanaf 75 jaar) en het opleidingsniveau (van 42% voor basisschoolniveau tot 57% voor universitair niveau).<sup>2</sup>

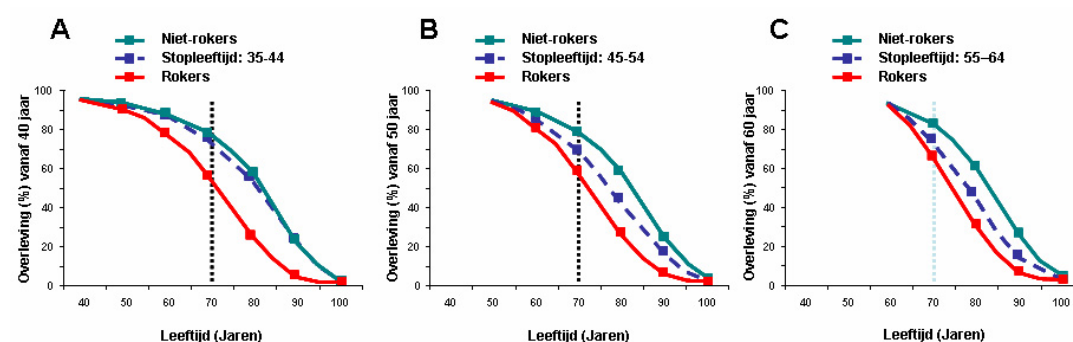
### 2. Stoppen met roken is nuttig

Niet alle studies komen tot dezelfde conclusies met betrekking tot de effecten van het stoppen met roken aangezien de epidemiologische statistieken vertekend kunnen zijn door een groot aantal factoren die niet altijd in aanmerking werden genomen: de intensiteit en de duur van het roken vóór het stoppen, de reden van het stoppen (als ziekte het motief is om te stoppen, terwijl hardnekkig roken vooral voorkomt bij gezonde rokers, kan men zich aan een inversie van het oorzakelijk verband verwachten en bijgevolg een kleiner verschil in de effecten van het stoppen), de instabiliteit van de rookstatus, de duur van de opvolging, het aantal onderzochte proefpersonen en de kwaliteit van de studie (vooral de onvermijdelijke onnauwkeurigheden met betrekking tot de overlijdensoorzaken).

#### *Daling van de mortaliteit na het stoppen*

Uit de vruchtbare studie van Doll en Hill, die gedurende 50 jaar de tabaksgerelateerde mortaliteit opvolgden bij Britse *artsen* van het mannelijke geslacht, blijkt een verlenging van de levensverwachting na het stoppen, ongeacht de leeftijd (Figuren 1A, 1B en 1C). Een recente statistische analyse<sup>3</sup> die betrekking had op bijna 80% van de *algemene populatie van beide geslachten* van twee Schotse steden die aanvankelijk een zeer hoog percentage rokers omvatte en die 28 jaar opgevolgd werd, toont een duidelijk lager relatief overlijdensrisico bij ex-rokers (na een gemiddelde onthoudingsperiode van 12-14 jaar) dan bij rokers, en dit *ongeacht* het geslacht. De mortaliteit alle oorzaken bij ex-rokers benadert veel dichter die van niet-rokers dan die van rokers. In de minder bevoordeelde klassen is de mortaliteit hoger dan in de meer bemiddelde klassen. De rookstatus speelt echter een belangrijkere rol in de mortaliteitsverschillen dan de sociaaleconomische status.

**Figuur 1: Levensverwachting afhankelijk van de leeftijd op het ogenblik van het stoppen met roken**



Bij personen met COPD vermindert volgens Amerikaanse en Europese gegevens het mortaliteitsrisico, zowel de mortaliteit alle oorzaken als de mortaliteit verbonden aan COPD, na het stoppen.<sup>4</sup>

Het mortaliteitsrisico door longkanker daalt langzaam bij mannen en vrouwen en benadert na 16 jaar dat van niet-rokers.<sup>5</sup>

Stoppen met roken heeft gelijkaardige effecten voor andere kankers dan longkanker.<sup>6</sup>

De meta-analyse van zes cohortstudies toont 5 jaar na het stoppen een daling met 29% van de mortaliteit door cardiovasculaire aandoeningen.<sup>7</sup>

#### *Daling van de morbiditeit bij COPD na het stoppen met roken*

Uit de beoordeling van 21 artikels over het effect van het stoppen met roken op COPD, besluiten Godfredsen et al.<sup>4</sup> dat bij rokers ouder dan 35 jaar met lichte of matige COPD, het stoppen met roken aanvankelijk leidt tot een toename van de ESW en dat uiteindelijk de daling van de ESW bij diegenen die niet opnieuw beginnen te roken, herstelt tot de waarden van de niet-rokers binnen de algemene bevolking, zonder dat de ESW zelf na het stoppen zijn voorspelde waarde bereikt .

Als voorbeeld: in Nederland bedraagt de gemiddelde daling van de ESW 49 ml per jaar bij ex-rokers tegenover 85 ml per jaar bij hardnekkige rokers.<sup>8</sup> Deze vermindering van de afname van de ESW na het stoppen met roken wordt bevestigd in meeste studies aangaande de gevorderde stadia van COPD. Sommige studies suggereren zelfs een meer uitgesproken voordeel bij vrouwen.

De enkele observationele studies met langdurige opvolging suggereren dat stoppen met roken het relatieve risico van COPD en ziekenhuisopnamen voor COPD-exacerbaties vermindert. Het morbiditeitsrisico door COPD blijft echter permanent verhoogd bij ex-rokers in vergelijking met niet-rokers.<sup>4</sup>

#### *Regressie van de morbiditeit bij andere aandoeningen*

Het relatief risico op myocardinfarct bij ex-rokers is 50 maanden na het stoppen met roken al bijna hetzelfde als bij niet-rokers.<sup>9</sup>

Bij mannelijke sigarettenrokers is het relatief risico op een cerebrovasculair accident 3,7 in vergelijking met niet-rokers en dat risico daalt tot 1,7 bij ex-rokers.<sup>10</sup> Bij vrouwen bestaat een vergelijkbare tendens.<sup>11</sup>

De incidentie van postoperatieve complicaties die 22% bedraagt bij rokers, daalt tot 12,8% bij ex-rokers, maar bereikt toch niet het percentage van 4,9% van niet-rokers.<sup>12</sup>

Succesvolle aorta-femorale en femoro-popliteale of coronaire bypasses zijn duidelijk frequenter bij diegenen die gestopt zijn met roken dan bij diegenen die blijven roken.<sup>13</sup>

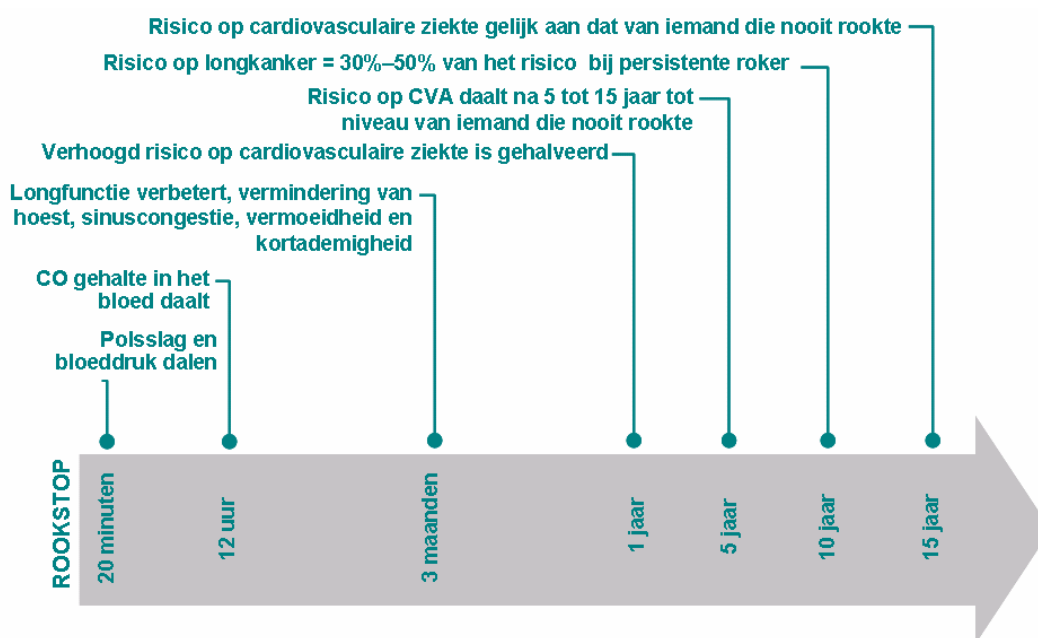
### **3. Is het nuttig voor de gezondheid om het tabaksgebruik te verminderen zonder te stoppen?**

Na 15 jaar opvolging van ongeveer 20.000 personen werd bij ex-rokers een daling met 35% waargenomen van de mortaliteit alle oorzaken. Het mortaliteitscijfer is daarentegen vergelijkbaar bij diegenen die hun tabaksgebruik gehalveerd hebben tegenover diegenen die  $\geq 15$  sigaretten per dag blijven roken.<sup>14</sup> Het ontbreken van heilzame effecten is ongetwijfeld

toe te schrijven aan het intenser trekken aan de resterende sigaretten. Minder roken is nochtans vaak een fase die voorafgaat aan het volledig stoppen, wat het hoofddoel moet blijven.

#### 4. Het is nooit te laat om te stoppen met roken

Het cumulatieve risico (tijdens het hele leven) op overlijden door longkanker bedraagt 15% bij hardnekkige rokers die op 20-jarige leeftijd begonnen te roken en bedraagt 1% bij niet-rokers. Het risico bedraagt nog 2% bij diegenen die stoppen op hun 30<sup>ste</sup> en 6% bij diegenen die stoppen op hun 50<sup>ste</sup>.<sup>15</sup>



**Figuur 2: Voordelen van het stoppen met roken afhankelijk van de tijd sinds het stoppen**

Er was ook een gunstige evolutie waarneembaar bij meer dan 800.000 responders in de “Cancer Prevention Study II” waarin, tegenover hardnekkige rokers, het aantal overlevingsjaren bij diegenen die stoppen op hun 35<sup>ste</sup> stijgt met 6,9-8,5 jaar bij de mannen en met 6,1-7,7 bij de vrouwen en bij diegenen die stoppen op hun 65<sup>ste</sup> nog met 1,4-2,0 bij de mannen en met 2,7-3,7 bij de vrouwen.<sup>16</sup>

De gezondheidsvoordelen van het stoppen met roken manifesteren zich nochtans binnen verschillende termijnen na het stoppen. De polsslag, de bloeddruk en de huidtemperatuur normaliseren zich na 20 minuten; het uitgeademde CO en het SaO<sub>2</sub> in het bloed herstellen zich na 12 uur.

Het hoesten en de expectoratie die vaak meteen na het stoppen verergeren, verminderen na enkele weken, evenals de sinuscongestie.

Na 1 jaar is het verhoogde risico van coronaire aandoeningen gehalveerd, de EWS verbetert licht bij personen met COPD en de jaarlijkse vermindering van de EWS benadert de normaalwaarde.

Na 1 jaar is het verhoogde risico op een cerebrovasculair accident gehalveerd en het verdwijnt na 5-15 jaar. Na 10 jaar vermindert het risico op longkanker met 30-50% vergeleken met hardnekkige rokers en na 15 jaar is het coronaire risico vergelijkbaar met dat van personen die nooit gerookt hebben (Figuur 2).

Men heeft ook een regressie gemeld van het verhoogde risico op kanker van de mond, de slokdarm, de blaas en de pancreas na een variërende stopzettingsduur, afhankelijk van de studie.<sup>17</sup>

Deze voordelen wegen veel zwaarder dan de ongemakken verbonden aan het stoppen met roken, zoals het onthoudingssyndroom (waarvan de meeste elementen na enkele weken verdwijnen), de depressieneiging bij sommige ontwenningen en de schijnbaar gunstige effecten van roken op de ziekte van Parkinson en colitis ulcerosa.

#### Referenties

1. Office for National Statistics, London Stationary Office, 2000
2. Gezondheidsenquête, België, 2001
3. Gruer et al BMJ 2009; 338 : b480
4. Godfredsen et al. Respir J. 2008; 32 : 844-53.
5. Amer Cancer Prev Study II : 1182-84
6. Vincis P. et al. J Natl Cancer Inst 2004; 96: 99-106
7. Critchley et al. JAMA 2002; 290 : 86-97
8. Postma et al. Am Rev Respir Dis 1986; 134 : 276-80
9. Hurley at al. Med J of Australia 205; 183: 13-17.
10. Wannamethee et al. JAMA 1995; 274: 155-60
11. Kawachi et al. JAMA 1993; 269: 232-6
12. Bluman et al. Chest 1998; 113 : 856-8
13. Provan et al. Surg Gyn Obstet 1987; 165 : 49-52
14. Godfredsen et al Am J Epid 2002; 156 : 994-1101
15. Peto et al. BMJ 2000 321 : 323-9
16. Taylor et al (Am J Public Health 2002; 92 : 990-6
17. USDHHS Report of the Surgeon General 1990