

Medicijnen niet beschikbaar voor Nederlandse patiënten

Behandeling bij jicht ondermaats

dr. Tim Jansen, reumatoloog,
Medisch Centrum Leeuwarden

dr. Eric van Roon, klinisch
farmacoloog, ziekenhuis-
apotheker, Medisch Centrum
Leeuwarden

dr. Cees Haagsma,
reumatoloog, Ziekenhuisgroep
Twente, locatie Twenteborg

prof. dr. Mart van de Laar,
reumatoloog, Medisch Spec-
trum Twente

prof. dr. Sjef van der Linden,
reumatoloog, afdeling Interne
Geneeskunde, Maastricht
Universitair Medisch Centrum

Correspondentieadres:
t.jansen@znb.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Jicht is goed behandelbaar, maar toch moet een meerderheid van de patiënten de juiste behandeling ontberen. Terwijl de geneesmiddelen er wel zijn. Alleen niet in Nederland verkrijgbaar.

Jicht (hyperurikemie) is een lifestylege-
lateerde stofwisselingsziekte, die onbe-
handeld tot pijnlijke en invaliderende
gewrichtsproblemen leidt. De artritis wordt
uitgelokt door uitkristalliseren van natrium-
uraat in en rondom gewrichten. Hierdoor
ontstaat heftige pijn, en aanvankelijk tijdelijk
maar later persisterend functieverlies.
Jicht is een onafhankelijke risicofactor voor
hart- en vaatziekten en is geassocieerd met het

metaboolsyndroom, en leidt zo indirect tot
voortijdig overlijden. Epidemiologische studies
wijzen erop dat prevalentie en incidentie van
jicht stijgen in de westerse wereld. Een Noord-
Amerikaanse studie schat de prevalentie op 6,1
miljoen volwassenen.¹
Jicht heeft een flinke economische invloed op
de samenleving, niet alleen door medische
kosten maar vooral door indirecte (arbeidgere-
lateerde) kosten.

Een gekleurde röntgenopname
van een door jicht aangetaste
hand. De gewrichtspleten zijn
versmald en de blauwe vlek-
ken in de gewrichten wijzen op
boterosie.

beeld: ANP Photo



Veel medicijnen zijn alleen te krijgen via internet

Allergisch

Jicht is goed behandelbaar. Leefstijladviezen en medicatie kunnen de urinezuurstofwisseling normaliseren, klachten en verschijnselen genezen en schade voorkomen. Van oudsher zijn er in Europa twee middelen beschikbaar die de urinezuurstofwisseling kunnen normaliseren: allopurinol en benzbromaron. In Nederland is allopurinol eerste keus en voor de meeste patiënten effectief. Maar zoals geldt voor de meeste geneesmiddelen, zijn sommige patiënten allergisch voor dit middel of is het bij een individuele patiënt toch niet effectief of toepasbaar. Benzbromaron is dan een logisch alternatief. Echter, dit middel was van januari tot september 2009 (ruim

een halfjaar) niet leverbaar door de fabrikant en daardoor tijdelijk alleen beschikbaar met een bewustzijnsverklaring van de arts (die dit toevalligerwijze te horen kreeg).

In Amerika zijn nog twee andere middelen op de markt: probenecide en het nieuwere febuxostat. Probenecide is hier al decennialang alleen verkrijgbaar met een bewustzijnsverklaring. Mogelijk geldt dit op korte termijn ook voor febuxostat.

Oneigenlijk

Door deze beperkte beschikbaarheid van medicijnen is de behandeling van jicht voor veel patiënten aanzienlijk bemoeilijkt. Wereldwijd zijn er drie alternatieven voor allopurinol beschikbaar: benzbromaron, probenecide en febuxostat. Elk van deze middelen heeft eigen voor- en nadelen en een eigen inzetbaarheids-

profiel (zie tabel). Beschikbaarheid van deze middelen zou de behandeling van jicht en de aandacht voor de jichtpatiënt aanzienlijk kunnen verbeteren. Op dit moment kan de jichtpatiënt die niet kan worden behandeld met allopurinol alleen andere medicijnen krijgen met een bewustzijnsverklaring van de behandelend arts of door ze zelf te bestellen via internet. Beide opties zijn ongewenst, omdat het oneigenlijke behandelingen zijn, die bovendien problemen opleveren als het gaat om continuïteit, controle en administratie. Een aanzienlijk deel van de jichtpatiënten die in principe goed kunnen worden behandeld, moet deze medicamenten, een potentieel effectieve behandeling, ontberen met alle gevolgen van dien.

Weinig aandacht

Momenteel wordt bij een deel van de jichtpatiënten geen normalisering van de verhoogde uraatconcentratie bereikt. Recente studies geven aan dat een meerderheid van de jichtpatiënten niet adequaat wordt behandeld met de huidige ter beschikking staande middelen.²⁻³ Een Amerikaans onderzoek schat dat tussen de 100.000 en 300.000 jichtpatiënten in de Verenigde Staten in de categorie *treatment failure* vallen en bevestigt daarmee eerder onderzoek in Europa.⁴ Verklaringen van de onderzoekers zijn: gebrek aan kennis over de ernst van jicht; gebrek aan kennis en vaardigheid over de diagnose van jicht; gebrek aan kennis over de behandeling van jicht en gebrek aan effectieve geneesmiddelen tegen jicht. Dit komt zowel in de eerste- als in de tweedelijnsgezondheidszorg voor. Het leidt tot een behandelbehoefte bij jichtpatiënten waaraan niet wordt tegemoetge-

Medicatie bij jicht

urinezuurverlagend preparaat (dagdosis)	werkingsmechanisme	kosten per tablet	kosten per jaar
allopurinol (300 mg)	xanthineoxidase-remmer (remt urinezuurproductie)	€ 0,0893	€ 23,16
febuxostat* (80 mg)		€ 0,98 (UK) € 3,70 (internet)	€ 359,00 (UK) >€ 1206,00 (internet)
benzbromaron* (100 mg)	uricosuricum (stimuleert renale urinezuurexcretie)	€ 0,5493	€ 197,76
probenecide* (1000 mg)		€ 0,44	€ 313,27
PEG-uricase** (infuus)	uricoliticum (lost tophusmateriaal bestaande uit natriumuraat op)	n.v.t.	onbekend

* Verkrijgbaar in Nederland met behulp van bewustzijnsverklaring.

** Nog niet verkrijgbaar in Nederland.

SAMENVATTING

- Jicht is een aandoening die steeds vaker voorkomt.
- De beschikbaarheid van anti-jichtmiddelen (benzbromaron, probenecide, febuxostat) is niet optimaal en zou voor de Nederlandse jichtpatiënt moeten worden verbeterd.
- Alle instanties die hierbij zijn betrokken, zouden zich dit moeten aantrekken.

komen. Zelfs reumatologen geven chronische jichtpatiënten soms maar weinig aandacht. Om dit te verbeteren, heeft de commissie Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie besloten tijdens de visitaties een speciale *medical audit* voor jicht te gaan gebruiken.

Therapeutisch effect

Hoewel de reumatoloog de enige arts is die door middel van punctie en polarisatiemicroscopie (zie foto) in staat is een valide, kristalbewezen diagnose jicht te stellen, worden veel jichtpatiënten na diagnose met advies terugverwezen naar de huisarts. Gebrek aan therapeutische (medicamenteuze) mogelijkheden speelt hierbij ongetwijfeld een rol. In Nederland heeft slechts een gedeelte van de jichtpatiënten een voldoende lage urinezuurconcentratie ($< 0,3$ mmol/l, streefniveau van de Britse richtlijn, of $< 0,36$ mmol/l, streefniveau van de Europese richtlijn). Uit studies weten we echter dat bij ruim 10 procent van de jichtpatiënten bijwerkingen optreden door gebruik van allopurinol. Ook wordt allopurinol door gebrek aan kennis

over de behandeling vaak standaard gedoseerd (dagelijks 300 mg), waardoor het gewenste therapeutische effect van allopurinol niet wordt bereikt, zo blijkt uit recent Nederlands onderzoek.^{5 6} Naast optimaal gebruik van al-

lopurinol kan, wanneer de urinezuurexcretie niet te hoog is, eventueel met een uricosuricum het effect van de behandeling worden verbeterd. In geval van intolerantie voor allopurinol of wanneer om andere redenen allopurinol niet toepasbaar is, is er een alternatieve xanthine-oxidaseremmer, febuxostat, beschikbaar, maar niet voor de Nederlandse patiënt. Dan kan er eigenlijk alleen nog een bewustzijnsverklaring plus recept worden getekend voor een van de uricosurica, benzbromaron of probenecide, om structurele urinezuurverlaging te bereiken bij de jichtpatiënt.

Omslachtig

Dit alles verklaart maar rechtvaardigt niet dat de jichtpatiënt in Nederland niet adequaat is ingesteld. Zodra een reumatoloog benzbromaron, probenecide of febuxostat voorschrijft, wordt gemeld dat deze preparaten niet (meer) leverbaar zijn. Wanneer de voorschrijvend arts (reumatoloog) een verklaring invult waarmee hij verklaart zich ervan bewust te zijn een niet geregistreerd geneesmiddel voor te schrijven, kan de apotheker het medicament alsnog bestellen via de internationale apotheek. Het enige alternatief voor deze oneigenlijke, omslachtige procedure is de nog onwenselijkere situatie dat de patiënt de medicatie (met name febuxostat) bestelt via een internet-apotheek.

Jicht is een veelvoorkomende, ernstige ziekte die in de meeste gevallen goed behandelbaar is. Waarom is in Nederland maar een van de vier urinezuurverlagende therapieën regulier beschikbaar en moeten patiënt en behandelaar oneigenlijke kanalen gebruiken voor een optimale behandeling? Gebrek aan bekendheid, motivatie en belangstelling bij betrokken instanties speelt een rol. Wellicht verandert de situatie pas als PEG-uricase beschikbaar komt, een duur geneesmiddel dat nu nog in ontwikkeling is. Dit medicijn mag dan alle topheuzen last, ontstaan door inefficiënte zorg, weer verwijderen. De farmaceutische industrie, apothekers, artsen, de Inspectie voor de Volksgezondheidszorg en het College voor zorgverzekeringen spelen hierin ieder hun eigen rol. 

Gebrek aan bekendheid en belangstelling bij betrokken instanties speelt een rol

Polarisatiemicroscopie van een punctaat: dubbelbrekende natriumuraatnaaldjes die de jichtaanval uitlokken met een microtophus in het midden.

beeld: auteurs



De literatuurlijst en eerder verschenen artikelen over jicht staan bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Weaver AL. Epidemiology of gout. *Cleveland Clinic J Med* 2008; 75 (Suppl. 5): 9-12.
2. Pascual E, Sivera F. Why is gout so poorly managed? *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 1269-70.
3. Roddy E, Zhang W, Doherty M. Concordance of the management of chronic gout in a UK primary-care population with the EULAR gout recommendations. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 1311-5.
4. Edwards NL. Treatment-failure gout: a moving target. *Arthritis & Rheum* 2008; 58: 2587-90.
5. Reinders MK, Roon EN van, Jansen TL et al. Efficacy and tolerability of urate lowering drugs in gout: a randomized controlled trial of benzbromarone versus probenecid after failure of allopurinol. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 51-6.
6. Reinders MK, Haagsma C, Jansen TL et al. A Randomized controlled trial with dose escalation on the efficacy and tolerability of allopurinol 300-600 mg/dy versus benzbromarone 100-200 mg/dy in gout patients. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 892-7.