

## LITERATUUR

- 1 Slobbe LCJ, Kommer GJ, Smit JM, et al. Kosten van ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's. I. Bilthoven: RIVM, Centrum voor Volksgezondheid en Toekomst Verkenningen; 2006. ([www.kostenvanziekten.nl](http://www.kostenvanziekten.nl)).
- 2 Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA*. 1996;275(20):1571-6.
- 3 Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367:1747-57.
- 4 Scheltens T, Bots ML, Numans ME, et al. Awareness, treatment and control of hypertension: the 'rules of halves' in an era of risk-based treatment of hypertension. *J Hum Hypertens*. 2007;21:99-106.
- 5 NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement (M84), versie 2007. (<http://nhg.artsennet.nl/content/resources/>)
- 6 Oparil S, Williams D, Chrysant SG, et al. Comparative efficacy of olmesartan, losartan, valsartan, and irbesartan in the control of essential hypertension. *J Clin Hypertens*. 2001;3(5):283-91.
- 7 Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek, geactualiseerde versie. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2006.
- 8 Oostenbrink JB, Bouwmans CAM, Koopmanschap MA, et al. Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg (geactualiseerde versie 2004). Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2004.
- 9 Procedure beoordeling intramurale geneesmiddelen. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2006.
- 10 Oparil S, Silfani TN, Walker JF. Role of angiotensin receptor blockers as monotherapy in reaching bloodpressure goals. *Am J Hypertens*. 2005;18:287-94.
- 11 Simons WR. Comparative cost effectiveness of angiotensin II receptor blockers in a US managed care setting. Olmesartan medoxomil compared with losartan, valsartan, and irbesartan. *Pharmacoeconomics*. 2003;21(1):61-74.
- 12 Anderson KM, Odell PM, Wilson, Kannel WB. Cardiovascular disease risk profiles. *Am Heart J* 1990;121:293-8.
- 13 Odell PM, Anderson KM, Kannel WB. New models for predicting cardiovascular events. *J Clin Epidemiol*. 1994;47 (6):583-92.
- 14 Boersma C, Radeva JI, Koopmanschap MA, et al. Economic evaluation of valsartan in patients with chronic heart failure: results from Val-HeFT adapted to The Netherlands. *J Med Economics*. 2006;9:121-31.
- 15 Atthobari J, Asselbergs FW, Boersma C, et al, for the PREVEND-IT Study Group. Cost-effectiveness of screening for albuminuria with subsequent furosemide treatment to prevent cardiovascular events: a pharmacoeconomic analysis linked to the prevention of renal and vascular endstage disease (PREVEND) study and the prevention of renal and vascular endstage disease intervention trial (PREVEND-IT). *Clin Ther*. 2006;28:432-44.
- 16 Klok RM, Boersma C, Oosterhuis I, et al. Switch patterns before and after patent expiry of omeprazole: a case study in the Netherlands. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;23(11):1595-600.
- 17 Boersma C, Klok RM, Bos JM, et al. Drug costs developments after patent expiry of enalapril, fluoxetine and ranitidine. A study conducted for the Netherlands. *Appl Health Econ Health Policy*. 2005;4(3):191-6.
- 18 Conlin PR, Spence JD, Williams B, et al. Angiotensin II antagonists for hypertension: are there differences in efficacy? *Am J Hypertens*. 2000;13:418-26.
- 19 Püchler K, Laeis P, Stumpe K. Blood pressure response, but not adverse event incidence correlates with dose of angiotensin II antagonist. *J Hypertens*. 2001;19(Suppl 1):S41-8.
- 20 Stumpe KO, Ludwig M. Antihypertensive efficacy of olmesartan compared with other antihypertensive drugs. *J Hum Hypertens*. 2002;16(Suppl 2):S24-8.
- 21 Stumpe KO. Olmesartan compared to other angiotensin II antagonists: head-to-head trials. *Clin Ther*. 2004;26(Suppl A):A33-7.

# Benzbromaron terecht weer beschikbaar tegen jichtaanvallen

Toine Egberts

Voor de preventie van jichtaanvallen was het uricosuricum benzbromaron volgens het *Farmacotherapeutisch Kompas* jarenlang het middel van eerste keuze. In 2003 werd benzbromaron uit de handel genomen, vanwege het vermeende risico op fulminante hepatitis als ernstige bijwerking. De patiënten die goed reageerden op benzbromaron moesten daarom noodgedwongen op een andere therapie gezet worden. Allopurinol was het meest voor de hand liggende alternatief.

50 patiënten met jicht die voorheen goed reageerden op monotherapie met benzbromaron en die de polikliniek reumatologie van het Medisch Centrum Leeuwarden bezochten, werden op geprotocolleerde wijze behandeld met allopurinol. In de eerste fase werden ze volgens een opbouwschema behandeld met 200-300 mg/d. De patiënten bij wie het urinezuurgehalte in serum binnen twee maanden niet gedaald was tot <0,30 mmol/l, werden in tweede instantie behandeld met de combinatie allopurinol (dezelfde dosering als in fase 1) plus probenecide (tweemaal daags 500 mg).

Van de 32 patiënten die de eerste fase volbrachten, bereikten 8 (25%) het behandeldoel. Daarmee bleek probenecide bij deze behandelgroep minder effectief dan benzbromaron. 5 patiënten konden probenecide niet verdragen, met name vanwege huidbijwerkingen. Van de 14 patiënten die op de combinatie met probenecide gezet werden, bereikten 12 (86%) het behandeldoel, hetgeen qua effectiviteit vergelijkbaar is met benzbromaron. De auteurs concluderen dan ook dat benzbromaron de effectiefste goed verdraagbare therapie is voor patiënten met jicht ter preventie van aanvallen en pleiten voor hernieuwde beschikbaarheid van dit middel (wat inmiddels een feit is).

Reinders MK, van Roon EN, Houtman PM, Brouwers JR, Jansen TL. Biochemical effectiveness of allopurinol and allopurinol-probenecid in previously benzbromarone-treated gout patients. *Clin Rheumatol*. 2007;26(9):1459-65.

Zie ook het artikel op blz. WP19.