

통풍 치료의 빛과 그림자

중앙대학교 의과대학 내과학교실

송 정 수

Light and Shadow in the Treatment of Gout

Jung-Soo Song

Department of Rheumatology, Internal Medicine,
Chung-Ang University School of Medicine, Seoul, Korea

통풍은 과거로부터 모든 질병 중에 가장 아픈 병으로 질병의 왕(the king of diseases)이라고 불리고 또한 왕이나 귀족과 같이 잘 먹고, 부유하고, 뚱뚱한 소수 계층의 사람에게 잘 생긴다하여 왕의 질병(the disease of kings)이라고도 불린다. 하지만 지금 우리나라의 이 시대에 통풍은 더 이상 부자들의 질병이 아니게 되었다. 선진국이나 일부 개발도상국에서는 가난한 사람들이 과도한 단백질과 칼로리를 섭취하여 비만한 사람들이 늘어나고 부자는 건강에 대한 걱정과 관심이 높아짐에 따라 오히려 운동과 식이요법으로 이상체중을 유지하기 때문이다. 따라서 이제는 더 이상 통풍이 왕의 병이 아닌 비만한 중년 남자의 질병으로 대중화되었고 인구의 고령화에 따라 통풍의 발생률과 유병률이 점차 증가하고 있는 추세이다. 우리나라에는 정확한 통계자료가 없어 잘 알 수 없지만 외국 통계에 의하면 65세 이상의 노인에게 유병률이 현저하게 증가하며 또한 65세 이상의 여성에서도 유병률이 증가한다고 보고하였다 (1). 영

국에서 발표된 한 연구에서는 1991년보다 1999년의 통풍 발생률이 더 증가하여 1999년의 통풍 유병률이 1.4%였고 그 중 65세 남자는 7%로 매우 높았다고 보고하였다 (2). 또한 2005년도의 영국과 독일의 통풍 유병률은 1.4%였다 (3). 따라서 우리나라도 서구식 식습관과 인구의 노령화에 따라 통풍의 발생과 유병률이 증가되었을 것으로 추측된다.

통풍은 어떤 병보다 고통스런 관절염 발작이 재발되는 것도 문제이지만 생명을 위협하는 심각한 여러 질환과 직접 또는 간접적으로 관련이 되어 있다. 비만, 고지질혈증(고중성지방혈증), 고혈압, 동맥경화, 당뇨병, 갑상샘기능저하증 등으로 대표되는 대사증후군이 바로 그것이다. 국내의 한 연구에 따르면 통풍 환자의 42.2%에서 대사증후군을 동반하며 50%에서 고혈압을, 11%에서는 당뇨병을 동반한다고 보고하였다 (4).

치료받지 않은 고혈압 환자의 22~38%에서 고요산혈증을 보인다는 다른 보고가 있으며 이노제 치료

<접수일 : 2010년 8월 9일, 수정일 : 2010년 8월 23일, 심사통과일 : 2010년 8월 23일 >

※통신저자 : 송 정 수

서울시 동작구 흑석동 224-1

중앙대학교병원 류마티스내과

Tel : (02) 6299-1409, Fax : (02) 825-7571, E-mail : drsong@cau.ac.kr

를 받고 있거나 신장 질환이 동반된 고혈압 환자에게는 고요산혈증의 빈도가 67%까지 증가한다. 또한 젊은 남자에게서 고요산혈증은 고혈압의 잠재적인 위험인자로 알려져 있다. 전형적인 통풍 환자의 25%에서 50% 정도는 고혈압을 동반하고 있다.

당뇨병이 있는 환자에서 고요산혈증이 동반된 경우는 2~50%로 보고되었고 당뇨병 환자에서 통풍이 동반된 경우는 0.1~9%로 보고되고 있다. 또한 통풍 환자의 7~74%에서는 포도당 부하검사에 이상을 보인다 (5).

통풍 환자의 75~85%에서 고중성지방혈증이 동반되었다는 보고가 있으며 고중성지방혈증 환자의 80% 이상에서 고요산혈증이 발견된다는 보고도 있다 (6).

고요산혈증과 죽경화증의 관련성이 증명되면서 고요산혈증이 심장동맥 질환의 위험인자가 아닌가 하는 생각을 하게 되었다. 일부 연구에서는 심장동맥 질환을 가진 환자에서 정상인에 비해 요산의 농도가 차이가 없다고 했지만 다른 연구에서는 고요산혈증이 심장동맥질환의 독립적인 위험인자라고 주장하고 있다 (7,8).

따라서 통풍 환자를 치료할 때 단순히 관절염 치료에 그쳐서는 안 되며 이러한 대사증후군의 징후가 있는지를 반드시 확인하고 만약 이런 징후가 동반되어 있다면 통풍과 함께 치료를 해야 하는 것이 중요하다.

통풍은 치료하지 않았을 경우에 고통스런 관절염 발작이 재발되고 합병증으로 인해 생명을 잃을 수 있는 심각한 질병이지만 알로푸리놀의 개발된 이래로 통풍은 조절이 가능하고 정복할 수 있는 질병으로 인식하게 되었다. 하지만 이 질병이 잘 조절되는 전제 조건으로는 환자들이 약을 지속적으로 잘 복용해야 한다는 것이 필요하지만 현재 우리나라의 현실은 좀 다르다.

통풍이 류마티스 질환 중의 하나라는 환자들의 인식 부족과 의사들의 관심과 환자들에 대한 교육의 부족으로 인해 치료의 지속성이 유지되지 않아 통풍 발작이 재발되고 합병증이 생기는 경우를 우리 진료실에서 자주 보고 있다. 또한 통풍 환자들이 비전문가들에 의해 진료받는 경우가 많은데 단순히 요산 농도가 낮다는 이유만으로 통풍을 진단에서 제외하거나 통풍 발작이 한 번도 없음에도 불구하고 단지

혈청 요산이 높다는 이유만으로 통풍 치료를 시작하는 등 확실한 진단을 받지 못하거나, 적절한 치료시기를 놓치거나, 필요 없는 건강보조식품이나 복용하면서 교과서적이고 과학적인 치료를 받지 못하는 경우도 종종 발생하여 우리들을 안타깝게 만들곤 한다.

대한류마티스학회지 2010년 6월호에 손 등은 통풍 환자의 요산억제제에 대한 순응도와 그 결과에 미치는 인자를 관찰하여 보고하였다 (9). 이 연구의 목표는 알로푸리놀을 복용하는 환자들의 약물 순응도를 파악하고 순응도에 영향을 미치는 인자를 관찰함으로써 통풍 치료를 최적화하기 위한 것으로, 우리나라 통풍 임상연구 중 가장 많은 303명의 환자를 대상으로 하였고 의무기록을 통하여 연령, 성별, 입원 및 외래방문 횟수, 동반 질환, 통풍 관련 약물복용 여부, 통풍 관련 합병증 발생여부, 치료 전후의 요산 농도, 알로푸리놀의 처방 기간과 용량 및 외래방문 기간에 대해 조사하였다. 우리나라에서 통풍 치료의 순응도를 조사한 연구는 이 연구가 최초일 것이다. 그 결과 통풍 치료의 순응도가 좋은 환자의 비율이 겨우 36.6%에 지나지 않는다는 충격적인 사실이 밝혀졌다. 또한 순응도가 좋은 환자들의 평균 요산 농도조차도 6.44 mg/dL로 이 환자들마저 제대로 치료가 되지 않고 있음을 지적하였다. 참고로 항고요산혈증 치료의 목표로 하는 혈청의 요산 농도를 Rheumatology 4판에서는 혈청 요산 농도를 요산염이 세포외액(extracellular fluid)에서 포화되는 농도인 6.0 mg/dL 이하로 권장하고 있다 (10). 이 목표가 달성되면 요산염 침전은 용해되기 시작하기 때문이다. 또한 Harrison's principles of internal medicine 17판에서는 반복되는 통풍발작을 예방하고 침착된 통풍결절을 없애기 위해서는 혈청 요산 농도를 5.0~6.0 mg/dL 사이로 유지하기를 권유한다 (11).

한편 이 연구에서는 기존의 다른 연구에서와 마찬가지로 통풍 환자들에게서 고혈압 38.6%, 당뇨병 35.6%, 협심증 35.3%, 심근경색증 35.6%, 심부전 37.3% 등과 같이 대사증후군에 해당하는 심각한 기저질환을 많이 동반하고 있다는 점도 확인하였다.

이 연구의 제한점으로는 저자들이 이미 고찰에서 지적한 바와 같이 외국의 예에 비해 환자군의 수가 적고, 3곳의 대학병원의 환자를 대상으로 하여 대표

성의 한계가 있고 환자가 약물을 중단한 이유에 대한 분류가 없기 때문에 의미 해석에 대한 한계가 있을 수 있다는 점이다. 여기에 한 가지를 더 추가하자면 최근에 알로퓨리놀 이외에 벤즈브로마론(benzbromarone)과 같은 요산배설촉진제(uricosuric agent)를 사용하는 환자들이 늘어나고 있는데 이 약물은 알로퓨리놀에 비해 혈청 요산을 저하시키는 효과가 우수한 것으로 알려져 있다. 알로퓨리놀을 사용한 환자와 벤즈브로마론을 사용한 환자들의 효과와 부작용, 순응도 등을 비교하면 더 좋은 결과를 볼 수도 있을 것이다.

통풍 치료의 올바른 밝은 빛이 있음에도 불구하고 환자들의 순응도 저하라는 어두운 그림자로 말미암아 아직도 많은 우리나라 통풍 환자들이 고통을 받고 있는 실정이 이 연구에 의해 드러났다고 볼 수 있다. 이에 따라 저자들은 향후 통풍을 치료하는 의사들은 환자들에게 통풍의 증상과 합병증에 대한 정기적인 교육을 좀 더 열심히 시행하여 환자들의 치료 순응도를 획기적으로 높여 장기적 치료를 향상시켜야 한다고 주장하였다.

향후 여러 기관이 참여하여 환자의 수를 늘리고 통풍의 치료약물을 중단한 이유를 밝히고 환자의 교육을 통한 순응도 향상의 증거를 밝히는 연구가 나오면 통풍의 그림자에 쌓여 고통을 당하는 환자들에게 통풍 치료의 밝은 길을 비추게 할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 1) Wallace KL, Riedel AA, Joseph-Ridge N, Wortmann R. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adults in a managed care population. *J Rheumatol* 2004;31:1582-7.
- 2) Mikuls TR, Farrar JT, Bilker WB, Fernandes S, Schumacher HR Jr, Saag KG. Gout epidemiology: results from the UK General Practice Research Database, 1990-1999. *Ann Rheum Dis* 2005;64:267-72.
- 3) Annemans L, Spaepen E, Gaskin M, Bonnemaire M, Malier V, Gilbert T, et al. Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000-2005. *Ann Rheum Dis* 2008;67:960-6.
- 4) Rho YH, Choi SJ, Lee YH, Ji JD, Choi KM, Baik SH, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout. *J Korean Rheum Assoc* 2004; 10:349-57.
- 5) Rathmann W, Funkhouser E, Dyer AR, Roseman JM. Relations of hyperuricemia with the various components of the insulin resistance syndrome in young black and white adults: the CARDIA study. *Coronary Artery Risk Development in Young Adults. Ann Epidemiol* 1998;8:250-61.
- 6) Emmerson B. Hyperlipidaemia in hyperuricaemia and gout. *Ann Rheum Dis* 1998;57:509-10.
- 7) Lee J, Sparrow D, Vokonas PS, Landsberg L, Weiss ST. Uric acid and coronary heart disease risk: evidence for a role of uric acid in the obesity-insulin resistance syndrome. *The Normative Aging Study. Am J Epidemiol* 1995;142:288-94.
- 8) Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Curhan G. Obesity, weight change, hypertension, diuretic use, and risk of gout in men: the Health Professionals Follow-up Study. *Arch Intern Med* 2005;165:742-8.
- 9) Son KM, Seo YI, Kim IJ, Bae YD, Jung YO, Cha MJ, et al. Adherence to uric acid lowering agent of gouty patients. *J Korean Rheum Assoc* 2010;17:162-7.
- 10) Emmerson BT. The management of gout. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*. 4th ed. p. 1839-46, Philadelphia, Elsevier, 2008.
- 11) Schumacher HR, Chen LX. Gout and other crystal-associated arthropathies. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. *Harrison's principles of internal medicine*. 17th ed. p. 2165-9, New York, McGraw-Hill, 2008.