



## **Viktförlust hos äldre**

Tommy Cederholm

Överläkare, Med.dr.

[2004-09-09]

## Viktförlust hos äldre

Tommy Cederholm,  
Med dr, överläkare, Geriatriska kliniken, Huddinge sjukhus.

Denna artikel är tidigare publicerad i tidskriften Nordisk Geriatrik 1999;(2):20-2.

### Sammanfattning

*Det normala åldrandet är en degenerativ process som innebär att man kan förlora upp till ½ kg/år i vikt. Viktförlust >5% på 3 månader eller >10% av tidigare normalvikt är dock prognostiskt ogynnsam. Sådan viktförlust orsakas oftast av kroppslig eller psykiatrisk sjukdom och bör, om inte rimlig förklaring finns, föranleda medicinsk utredning. Den sjukdomsassocierade viktförlusten drivs av en cytokinmedierad hyperkatabolism och hypermetabolism. För att tidigt upptäcka onormala viktförändringar bör den äldre individen väga sig/vägas 2-3 gånger årligen. Efter att erforderliga medicinska åtgärder vidtagits bör den äldres måltidsordning anpassas så att små näringstätta måltider, ev. även flytande kosttillskott, ges ofta med spridning över dygnet.*

Hos den friska individen stiger vanligtvis kroppsvikten från ca. 35 års ålder för att plana ut vid 55-60 års ålder (1). När det biologiska åldrandet startar på allvar sjunker kroppsvikten. I en brittisk tvärsnittstudie av 1000 individer äldre än 65 år fann man en viktne­dgång mellan 2,5 och 3,5 kg/dekad (2). I den svenska H70-studien har man beskrivit en successiv viktne­dgång på ca. 6 kg i en mindre grupp prospektivt följda individer från 70 till 81 års ålder (3). Sannolikt kan man betrakta en långsam viktförlust som inte överstiger ½ kg/år efter 70-75 års ålder som fysiologisk. Tidpunkten när åldrandet startar varierar och bestäms av såväl genetiska som miljöfaktorer. Kostvanor och fysisk aktivitet påverkar åldrandeprocessen.

### Kroppsvikt och hälsa

Många observationsstudier visar att body mass index (BMI=kg/m<sup>2</sup>) har en U-formad relation till dödlighet, d.v.s. att både över- och undervikt är prediktorer för död (4). I medelåldern är övervikt ett starkare hot mot hälsan än undervikt. Det motsatta gäller för den åldrande individen (5). Särskilt tydligt är detta faktum för äldre sjukhusvårdade personer där en viss övervikt snarare tycks ha en skyddande effekt. I en egen studie över ca 550 geriatriska patienter noterade vi att 1-årsdödligheten hos underviktiga (BMI 20) var 48%, jämfört med 28 och 19% hos de med BMI 21-25 respektive >25 (opublicerade data). Motsvarande fynd gjordes i en tysk studie där 300 geriatriska patienter följdes under 18 månader (6).

### Viktförlust och malnutrition

Viktförlust är en känslig indikator på undernäring. Uppgift om vikt­förändring ingår därför i de flesta metoder för att diagnostisera malnutrition. Subjective Global Assessment (SGA), d.v.s. den idag mest accepterade metoden, betonar särskilt viktförlust och bedömning av fettdepåer och muskelmassa (7). I Mini Nutritional Assessment, som är särskilt framtaget för att användas på äldre, är viktförlust en av 18 frågor (8). SGA och MNA efterfrågar viktförlust inom den senaste 6 respektive 3 månadersperioden. För den äldre och/eller kroniskt sjuka individen bör man dock anlägga ett längre tidsperspektiv. Hos 23 undernärda kroniskt sjuka äldre individer kunde vi dokumentera en successiv viktförlust motsvarande 25% under en

tidsperiod av 2 till 15 år (9). Även långsiktig viktförlust överstigande 10% av tidigare normalvikt är förenat med ogynnsam prognos (10).

Tillförlitlig viktanamnes kan vara svår att få. I en studie kunde man dokumentera reell viktförlust hos endast 50% av patienter som uppgav att de hade förlorat i vikt (11). Vi kunde själva konstatera att hos ca 25% av drygt 200 internmedicinska patienter (medelålder 75±1 år) var uppgifterna om viktförändring under det senaste ½-året antingen osäkra eller var viktförändringen relaterad till ödematös sjukdom (12).

### Multifaktoriell bakgrund till viktförlust

Åldrandet är förenat med neuroendokrina förändringar som minskar aptiten. Matintaget sjunker linjärt från 20 till 80 års ålder med 30-50% (13). Många faktorer ligger bakom detta. Minskad fysisk aktivitet spelar sannolikt en stor roll. Bl.a. leder inaktivitet till ökade perifera insulinnivåer vilket i sin tur påverkar mättnadscentrum i hypothalamus. Cholecystokinin, en annan mättnadspeptid från tarmen, ökar med åldern (14). Aktiviteten av neuropeptid Y, den starkaste hypothalamiska aptitstimuleraren, tycks sjunka med ålder (15). Dessutom förändras luktsinnet och tungans smakdiskriminering. Åldrandet ensamt leder dock knappast till undernäring.

I de allra flesta fall är en ofrivillig patologisk viktförlust hos äldre förenat med kroppslig eller psykisk sjukdom. Kronisk multipel sjukdom, ofta med inslag av kronisk lung- eller hjärtsjukdom, är sannolikt de vanligaste bakomliggande orsakerna (12). Depression är ett underdiagnostiserat tillstånd som ofta kompliceras av ofrivillig viktförlust. Vid hjärt- eller lungsjukdom är ofta den primära sjukdomen uppenbar och den dominerar symtombilden så att viktförlusten vanligen förbises eller uppfattas som naturlig. Vid oklar viktförlust är bilden annorlunda. I en studie över 154 patienter som remitterats till en israelisk medicinklinik p.g.a. ofrivillig viktförlust hittade man tumörsjukdom hos ca. 1/3 av patienterna, 17% hade varierande mag- och tarmsjukdomar, 10% psykiatrisk anamnes och i ca 25% av fallen kunde man inte hitta någon orsak (16). I en åldrad population är demenssjukdom en viktig differentialdiagnos vid oklar viktförlust (17). Mediciner framkallar ofta illamående. Bland våra vanligt förskrivna mediciner kan nämnas digoxin, NSAID, metronidazol, fentiaziner, teofyllamin, bisfosfonater och cimetidin (15).

Många tärande sjukdomar, t.ex. malignitet, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), kronisk hjärtsvikt, reumatoid artrit m.fl., är förenade med en låggradig inflammatorisk aktivitet (18-20). Inflammatoriska mediatorer såsom tumörnekrotisk faktor, interleukin-1 och 6 bidrar till viktförlust genom att påverka aptitcentrum och initiera fettvävs- och muskeltatabolism. Vissa tillstånd, t.ex. KOL, har också en ökad vilometabolism även om de totala energiutgifterna ofta är relativt låga p.g.a. fysisk inaktivitet (21).

Inflytelserika amerikanska forskare har föreslagit en delvis ny terminologi. "Wasting" kallar man ofrivillig viktförlust, inkluderande både fett- och muskelkompartiment, "cachexia" anger förlust av fett-fri massa utan viktförlust och slutligen föreslår man begreppet "sarcopenia" för att beteckna muskelförlust. Kakexi utmärks av inflammationsdriven hyperkatabolism och hypermetabolism, där vätskeretention ofta maskerar förlust av kroppsvävnad. Sarkopeni (jämför osteopeni) motsvarar det tillstånd av muskelatrofi som man ofta ser hos den åldrade individen (22).

### Viktförlust är förenat med dålig prognos

För mer än 60 år sedan beskrev Studley att dödligheten hos patienter som opererades för magsår var 33% respektive 4% hos patienter som förlorat >20% respektive <20% av sin vikt före operationen (23). Viktförlust >5% under 3 månader eller >10% under 6 månader har därefter i många studier visat sig vara förenat med ökad postoperativ dödlighet (24,25)

Som framgår ovan är undervikt förenat med ökad dödlighet hos äldre. Det tycks dock som att låg vikt är prognostiskt ogynnsamt främst om den föregåtts av viktförlust. Flera stora epidemiologiska studier, bl.a. de amerikanska s.k. NHANES I, II och III-studierna har adresserat frågan om viktförlust och mortalitet. Den första NHANES studien med ca. 5000 individer följda under 15 år visade bl.a. att de som förlorade 15% eller mer av sin maximala vikt hade dubbelt så hög dödlighet som de som förlorat <5% (26). Samma studie visade att den lägsta mortaliteten fanns hos de som var normalviktiga och viktstabla (27). Hos 9200 medelålders israeliska män som följdes under 18 år hade de som förlorade 5 kg eller mer under observationstidens fem första år en risk för död som var 1.36 gånger högre än för dem som inte förlorade i vikt (28).

Depression kan vara en orsak till viktförlust, men viktförlust kan också orsaka håglöshet. I den s.k. Minnesotastudien, som gjordes efter 2:a världskrigets slut, lät man 32 st frivilliga vapenvägrare och presumtiva biståndsarbetare äta 1500 kcal/dag i 6 månader, varpå de förlorade 25% av sin kroppsvikt. Utöver generell svaghet framstod depression, apati och social isolering som kännemärken för denna påtagliga viktförlust (29).

### Håll koll på vikten!

Att följa vikten är det enklaste sättet att diagnostisera risk för undernäring. I dessa tider då nutritionsproblemen inom äldreomsorgen har uppmärksammats (30) finns det all anledning att återuppta regelbunden viktkontroll hos våra institutionsboende äldre. Fyra till sex månader kan vara lämpliga intervall. Märker man att vikten sjunker onormalt mycket, se ovan, bör läkare konsulteras för att ta ställning till varför vikten sjunker. Föreligger någon oupptäckt tärande sjukdom, är patienten deprimerad, är tandstatus dåligt? När den medicinska bedömningen är gjord och adekvata medicinska åtgärder vidtagits finns det mycket kvar att göra för att motverka fortsatt viktförlust.

### Behandling och förebyggande åtgärder

Fysisk aktivitet bör vara en grundpelare i såväl behandling som prevention av viktförlust. Det är dessutom viktigt att ta hänsyn till de begränsningar i måltidssituationen som bestäms av såväl åldrande som sjukdom, t.ex. nedsatt aptit, dämpad smakkänsla och tidig mättnadskänsla. Måltider bör vara små, näringstäta och spridda över större delen av det vakna dygnet.

Flytande kosttillskott kan användas om energi- och näringsberikning inte räcker till (31). Att måltidsmiljön, inkl. dukning, görs trevlig är viktigt för att stimulera aptiten (32).

Smakförstärkare kan användas. Flertalet äldre anpassar sina matval efter de trender som finns i samhället (33), men för andra kan nya exotiska maträtter framstå som både främmande och osmakliga. Detta gäller särskilt för de äldre som börjar få eller har kognitiva svårigheter.

Aptitstimulerande, anabola och anti-katabola mediciner är under utprovning, men än är det för tidigt att ge riktlinjer för sådan behandling (15).

Det finns många underliggande faktorer hos den viktförlorande äldre patienten som är svåra att åtgärda, särskilt de som betingas av sjukdom. Inte desto mindre kan mycket göras, t.ex. för att återskapa glädjen i måltidssituationen. En glädje som indirekt kan leda till nya krafter och ökad livskvalitet för den äldre.

### **Referenser**

1. Karlberg J, Mossberg H-O. Weight-for-height standards in adulthood. J Intern Med 1991;229:303-8.
2. Lehmann A, Basseij EJ, Morgan K, Dallosso HM. Normal values for weight, skeletal size and body mass indices in 890 men and women aged over 65 years. Clin Nutr 1991;10:18-22.
3. Steen B, Lundgren BK, Isaksson B. Body composition at age 70, 75, 79 and 81 years: A

- longitudinal population study. In: Nutrition, Immunity and Illness in the Elderly, ed. RK Chandra 1985;s49-52, Pergamon Press, New York.
4. Dorn J, Schisterman EF, Winkelstein W Jr, Trevisan M. Body mass index and mortality in a general population sample of men and women. The Buffalo Health Study. *Am J of Epid* 1997; 146:919-931.
  5. Andres RM, Elahi D, Tobin JD, Muller JD, Brant L. Impact of age on weight goals. *Ann Intern Med* 1985;103:1030-1033.
  6. Volkert D, Kruse W, Oster P, Schlierf G. Malnutrition in geriatric patients: Diagnostic and prognostic significance of nutritional parameters. *Ann Nutr Metab* 1992;36:97-112.
  7. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN* 1987;11:8-13.
  8. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the Nutritional Status of the Elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996;1:59-65
  9. Cederholm T, Hellström K. Reversibility of protein-energy malnutrition in a group of chronically-ill elderly out-patients. *Clin Nutr* 1995;14:81-87.
  10. Gazewood JD, Mehr DR. Diagnosis and management of weight loss in the elderly. *J Fam Pract* 1998;47:19-25.
  11. Marton KI, Sox, HC, Krupp JR. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. *Ann Intern Med* 1981;95:568-74.
  12. Cederholm T, Jägrén C, Hellström K. Nutritional status and performance capacity in internal medical patients. *Clin Nutr* 1993;12:8-14.
  13. Anonymous. Daily dietary fat and total food energy intakes. Third National Health and Nutrition Examination Survey, phase III. 1988-1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994;43:116-25.
  14. Masclee A, Geuskens L, Driessen W et al. Effect of aging on plasma cholecystokinins secretion and gallbladder emptying. *Age* 1988;11:136-40.
  15. Morley J. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *Am J Clin Nutr* 1997;66:760-73.
  16. Rabinowitz M, Pitlik S, Leifer M, Garty M, Rosenfeld J. Unintentional weight loss. A retrospective analysis of 154 cases. *Arch Intern Med* 1986;146:186-187.
  17. Sandman PO, Adolfsson R, Nygren C, Hallmans G, Winblad B: Nutritional status and dietary intake in institutionalized patients with Alzheimer's disease and multiinfarct dementia. *J Amer Ger Soc* 1987;35:31-38.
  18. Cederholm T, Jägrén C, Hellström K. Outcome of protein-energy malnutrition in elderly medical patients. *Amer J Med* 1995;98:67-74.
  19. Cederholm T, Wretling B, Hellström K, Andersson B, Engström L, Brismar K, Scheynius A, Forslid J, Palmblad J. Enhanced generation of interleukins 1-beta and 6 may contribute to cachexia of chronic disease. *Am J Clin Nutr* 1997; 65:876-882.
  20. Tisdale M. Biology of cachexia. *J Natl cancer Inst* 1997;89:1763-73.
  21. Schols AM, Fredrix EW, Soeters PB, Westerterp KR, Wouters EFM. Resting energy expenditure in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Clin Nutr* 1991;54:983-7.
  22. Roubenoff R. The pathophysiology of wasting in the elderly. *J Nutr* 1999;129(1Suppl):256s-259s.
  23. Studley HO. Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. *JAMA* 1936;106:458-60.
  24. Pettigrew RA, Hill GL. Indicators of surgical risk and clinical judgement. *Br J Surg* 1986;73:47-51.
  25. Seltzer MH, Slocum BA, Cataldi-Betcher EL, Fileti C, Gerson N. Instant nutritional assesment: Absolute weight loss and surgical mortality. *JPEN* 1982;6:218-21.



26. Pamuk ER, Williamsson DF, Madans J, Serdula MK, Kleinman JC, Byers T. Weight loss and mortality in a national cohort of adults 1971-1987. *Am J Epidemiol* 1992;136:686-97.
27. Rumpel C, Harris TB, Madans J. Modification of the relationship between Quetelet index and mortality by weight-loss history among older women. *Ann Epidemiol* 1993;3:343-50.
28. Yaari S, Goldbourt U. Voluntary and involuntary weight loss: associations with long term mortality in 9,228 middle-aged and elderly men. *Am J Epidemiol*. 1998;148(6):546-55.
29. Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen O, Taylor LH. *The Biology of Human starvation*. The University of Minnesota Press Minneapolis 1950.
30. Socialstyrelsen: Näringsproblem inom äldreboendet. *Äldreuppsdraget* 1997:5.
31. Larsson J, Unosson M, Ek A-C, Nilsson L, Thorslund S, Bjurulf P. Effect of dietary supplementation on nutritional status and clinical outcome in 501 geriatric patients - a randomized study. *Clin Nutr* 1990;9:179-84.
32. Sidenvall B, Fjellström C, Ek A-C. The meal situation in geriatric care - intentions and experiences. *J Adv Nursing* 1994;20:613-21.
33. Rothenberg E. Nutritionsbehandling vid olika sjukdomar hos äldre. *Näringsforskning* 1999;43:27-30.

Tommy Cederholm  
Geriatriska kliniken, Huddinge sjukhus  
tommy.cederholm@neurotec.ki.se

Allt material på dessa sidor är upphovsrättsligt skyddade och får inte användas i kommersiellt syfte. Använd gärna texten för eget bruk men ange var materialet har hämtats.

Ange referensen på följande sätt:

Cederholm, T. (2004). Viktförlust hos äldre. [Elektronisk]. Vårdalinstitutets Tematiska rum : Näring och ätande.

Tillgänglig: [www.vardalinstitutet.net](http://www.vardalinstitutet.net), Tematiska rum.

Denna artikel är tidigare publicerad i tidskriften *Nordisk Geriatrik* 1999;(2):20-2.