

**Stephan Rössner**, professor, överviktsenheten, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm  
*stephan.rossner@medhs.ki.se*

## Skall fetma hos äldre behandlas?

### Klent vetenskapligt stöd för överviktsbehandling i denna åldergrupp

II I den takt befolkningspyramiden förskjuts och allt fler individer uppnår högre åldrar kommer förfrågningar från såväl läkare, patienter som anhöriga med krav på viktreduktion även för äldre individer. Eftersom basalomsättningen sjunker med någon procent per levnadsår från 20-årsåldern kan man fråga sig om det är rimligt och ändamålsenligt att ålägga äldre individer restriktioner som begränsar deras livskvalitet. Något stöd för att man skall behandla äldre med övervikt är svårt att finna i litteraturen. Frågan kommer dock uppenbarligen att bli alltmer aktuell, vilket har föranlett denna litteraturgenomgång.

Begreppet »eldre« är ingalunda väl definierat i den vetenskapliga litteraturen. Engelska sökord som »old« eller »elderly« har inte en entydig innebörd. I en undersökning [1] beskrevs »old age« som individer med en medelålder på 77 år, medan »obese older women« handlade om en grupp kvinnor med medelåldern 58 år [1]. »Elderly Japanese men« är mellan 60 och 82 år gamla [2]. »older adults« (bara det en märklig beteckning!) hade en medelålder på 68 år [3] osv. Många svenska 58-åriga kvinnor skulle sannolikt bli upprörda över att klassificeras som »older« ...

Medel-BMI för män och kvinnor i svenska tvärsnittsstudier ökar kontinuerligt och stiger gradvis från 20 fram till 60–65-årsåldern och planar sedan ut [4]. Det finns flera förklaringar härtill: Högriskindivider med fetma avlider och finns därför inte med i kohorten. Muskelmassan minskar liksom hydreringsgraden i vävnaden, vilket kan betyda att medelvikten går ner utan att fettmassan för den skull har påverkats. I longitudinella undersökningar från andra länder är mönstret mera sammansatt: I t ex USA förblev äldre deltagare viktstabla, medan yngre fortsatte att gå upp i vikt [5]. Medelålders och äldre finska män (medelålder vid studiens början var 53 år) gick i medeltal ner 2 kg över en 10-årsperiod [6]. Några prediktorer för dessa viktförändringar över tid stod egentligen inte att finna.

#### Andelen visceralt fett ökar

Med stigande ålder ökar andelen visceralt fett, och detta tycks vara ett mera tydligt fynd än BMI-utvecklingen över tid [5]. När kvinnor kommer in i klimakteriet utvecklas en mera android fettfördelning, och de klassiska metabola riskfaktorer som ses hos kvinnor efter menopaus har kopplats till denna förändring [7]. Andra studier har visat att det viscerala fettet – mätt med midja/höft-kvot, sagittal diameter eller midjeomfång – var den fettdepå som var närmast kopplad till kardiovaskulär risk [8, 9].

Hos en grupp finska kvinnor över 65 års ålder varierade mortaliteten föga med BMI-värdet, medan magerhet föreföll kunna predicera cancer [10]. Övervikten påverkade inte hel-

#### Sammanfattat



Med allt fler äldre svenskar i samhället blir fetma på gamla dar ett tilltagande medicinskt problem.

Prevalensen är ofullständigt känd, fetmans risker i denna åldergrupp är föga kartlagda, och det meningsfulla i terapiinsatser är inte dokumenterat.

I denna litteraturgenomgång redovisas kunskapsläget översiktligt, och behovet av framtida strategier påtalas.

ler överlevnadstiden, varken för kvinnor eller för män, hos en annan grupp finnar som efter 65 års ålder följdes i minst 10 år [11]. Om man har uppnått hög ålder med sin övervikt tycks övervikten således inte innebära någon egentlig merrisk på gamla dar. Det är alltså viktigt att fastslå hur kroppsvikten har utvecklats fram till äldre dagar och inte bara utgå från ett givet BMI-värde i denna ålder för att bedöma risken.

#### Viktreduktion kan minska behov av läkemedel

Finns det då någon anledning att utsätta äldre individer för vikt-reducerande program? Ovanstående genomgång ger ju knappast något belägg för att man kan påverka mortalitet väsentligt genom viktkontroll. Men det är tänkbart att viktreduktion kan vara av betydande värde för äldre individer av andra skäl:

- Viktreduktion kan minska behovet av läkemedel för att kontrollera metabola konsekvenser av fetma, därmed kan tänkbara läkemedelsbif effekter och läkemedelskostnader minskas.
- Mekaniska problem kopplade till fetma, som smärtor i vikt-bärande leder, sömnapné och andra andningsbesvär, kan minska.
- Psykologiska aspekter och ökad självkänsla kan vara viktiga faktorer att påverka.

Det finns i litteraturen mycket lite data för att stöda uppfattningen att viktreduktion hos äldre är av värde. Schwartz [12] har sammanfattat resultaten av försök med kostintervention:

- Befintliga undersökningar är små, och individer över 70 års ålder finns sällan med.
- Viktreduktion på upp till 10 kg har uppnåtts; möjligen kon-

serveras då mera »lean body mass« med viktnedgång i dessa ålderskategorier.

- Midja/höft-kvoten förbättras, men någon selektiv minskning av det viscerala fettet kan inte påvisas.
- Blodfetter och glykemisk kontroll förbättras något, men huvudsakligen i proportion till viktnedgången.

Det är dock väldokumenterat att blodtryck, diabetes och blodfettstörningar påverkas gynnsamt av fysisk aktivitet även hos äldre, redan vid måttlig viktnedgång [13].

### **Klen dokumentation om läkemedel mot fetma till äldre**

Är det rimligt att behandla överviktiga äldre med läkemedel mot fetma? De läkemedel vi idag har tillgång till har undersökts i studier, där man aktivt uteslutit äldre individer. I studier av orlistat och sibutramin har patienter i allmänhet en medelålder kring 44–65 år, och det är ovanligt att någon individ över 70 år över huvud taget inkluderats [14–18].

Man kan tycka att ett läkemedel som orlistat skulle vara särskilt gynnsamt för äldre individer, eftersom gastrointestina biverkningar med förändrade avföringsvanor som följd av den ökade fettutsöndringen är en av medlets verkningsmekanismer. Förstoppning är ett vanligt problem hos många äldre, och orlistat skulle kunna vara ett lämpligt läkemedelsval i denna situation. Studier saknas dock. Om blodtrycket stiger med ålder torde sibutramin vara mindre aktuellt på grund av sin potentiellt tryckstegrande effekt. I Brays manual för behandling av fetma är alla terapeutiska alternativ sammanslagna för åldersgruppen över 51 år [19]. Bray menar nämligen att vid denna ålder har alla som kommer att bli feta redan blivit det och att behandling därför är mera angelägen än prevention. I Brays manual förekommer inte några speciella förslag för äldre.

### **Fetmakirurgi tekniskt möjlig för äldre – men är det rimligt?**

Är det då meningsfullt att behandla äldre feta med fetmakirurgi? Under senare år har kirurger blivit allmänt mer villiga att operera äldre individer, vilket möjligen speglar uppfattningen att det för denna kategori ändå kan vara av stort värde att uppnå den kraftfulla viktförändring som bariatrisk kirurgi i allmänhet medför. Det svårt att tro att äldre individer med grav fetma kommer att bli aktuella i konkurrens om vårdresurser i länder med begränsade ekonomiska resurser. Att det är tekniskt möjligt att säkert operera dessa patienter har beskrivits [20]; även patienter över 70 års ålder har kunnat opereras med framgång och utan fler komplikationer än i yngre åldersgrupper.

### **Ledproblem och hypertoni möjliga behandlingsindikationer**

Finns det då andra skäl att över huvud taget överväga att behandla äldre individer med fetma? Vi kommer att få allt flera äldre, feta individer med problem från viktberande leder. En undersökning från Wake Forest i USA av män och kvinnor över 60 års ålder och med BMI över 28 visade att den grupp som behandlades med kost och motion och som gick ner 8,5 kg uppvisade mera förbättringar i sina biomekaniska data än kontrollgruppen [21]. I Honolulu Heart Program har man visat samband mellan fetma och högt blodtryck även i hög ålder, och man föreslår att det därför är meningsfullt att sänka BMI-värdet även hos äldre [2].

### **Strategisk beredskap för att prioritera resurserna**

Våra behandlingsresultat är än så länge starkt otillräckliga, även vad gäller yngre individer med fetma. Det är dock uppenbart att vi måste skaffa oss en strategisk beredskap för att kunna prioritera resurserna när äldre feta individer kommer med krav om hjälp för sina viktproblem.

Det finns få vetenskapliga undersökningar av övervikt i

denna åldersgrupp, och man bör akta sig för förutfattade meningar och negativa attityder.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

- Harris TB, Launer LJ, Madans J, Feldman JJ. Cohort study of effect of being overweight and change in weight on risk of coronary heart disease in old age. *BMJ* 1997; 314:1791-4.
- Masaki KH, Curb JD, Chiu D, Petrovitch H, Rodriguez BL. Association of body mass index with blood pressure in elderly Japanese American men. The Honolulu Heart Program. *Hypertension* 1997;29:673-7.
- Messier SP, Loeser RF, Mitchell MN, Valle G, Morgon TP, Rejeski WJ, et al. Exercise and weight loss in obese older adults with knee osteoarthritis: a preliminary study. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1062-72.
- Sundquist K, Qvist J, Johansson SE, Sundquist J. Increasing trends of obesity in Sweden between 1996/97 and 2000/01. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:254-61.
- Grinker JA, Tucker K, Vokonas PS, Rush D. Body habitus changes among adult males from the normative aging study: relations to aging, smoking history and alcohol intake. *Obes Res* 1995;3:435-446.
- Fogelholm M, Kujala U, Kaprio J, Sarna S. Predictors of weight change in middle-aged and old men. *Obes Res* 2000;8:367-73.
- Kuller LH, Meilahn EN, Cauley JA, Gutai JP, Matthews KA. Epidemiologic studies of menopause: Changes in risk factors and disease. *Exp Gerontol* 1994;29:495-509.
- Turcato E, Bosello O, Di Francesco D, Harris TB, Zoico E, Bisolli L, et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter as surrogates of body fat distribution in the elderly: their relation with cardiovascular risk factors. *Int J Obes* 2000; 24:1005-10.
- Folsom AR, Kushi LH, Anderson KE, Mink PJ, Olson JE, Hong CP, et al. Associations of general and abdominal obesity with multiple health outcomes in older women. *Arch Intern Med* 2000;160:2117-28.
- Rissanen A, Knekt P, Heliövaara Aromma A, Reunanen A, Maatela J. Weight and mortality in Finnish women. *J Clin Epidemiol* 1991;44:787-95.
- Takala JK, Mattila KJ, Ryyänänen OP. Overweight, underweight and mortality among the aged. *Scand J Prim Health Care* 1994;12:244-8.
- Schwartz RS. Obesity in the elderly. In: Bray G, Bouchard C, James WPT, editors. *Handbook of obesity*. New York: Marcel Dekker Inc; 1998. p. 775-90.
- Barlow CE, Kohl HW 3rd, Gibbons LW, Blair SN. Physical fitness, mortality and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995;19 Suppl 4:S41-4.
- Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, Boldrin M, Golay A, Koppeschaar HP, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. *Lancet* 1998;352:167-72.
- Hollander PA, Elbein SC, Hirsch IB, Kelley D, McGill J, Taylor T, et al. Role of orlistat in the treatment of obese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21:1289-94.
- Rössner S, Sjöström L, Noack R, Meinders AE, Nosedá G. Weight loss, weight maintenance, and improved cardiovascular risk factors after 2 years treatment with orlistat for obesity. *Obes Res* 2000;1:49-61.
- Lindgärde F. The effect of orlistat on body weight and coronary heart disease risk profile in obese patients: The Swedish multimorbidity study. *J Intern Med* 2000; 248:245-54.
- James WP, Astrup A, Finer N, Hilsted J, Kopelman P, Rössner S, et al. Effects of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. *Lancet* 2000;356:2119-25.
- Bray GA. *Contemporary diagnosis and management of obesity*. Newtown, PA: Handbooks in Health Care; 1998.
- Lee H, Stancyk M, Igwe D, Fobi M. Gastric bypass in patients over 60 years of age. *Obes Surg* 1999;9:349.
- Messier SP, Kushi RF, Anderson KE, Mink PJ, Olson JE, Hong CP, et al. Association of general and abdominal obesity with multiple health outcomes in older women. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1062-72.



=artikeln är referentgranskad

## SUMMARY

Mean body weight increases with age up to about age 60 and then levels off. Information about the association between body weight and mortality at old age is sparse, since most studies are cross-sectional. Some studies even suggest a protective effect of overweight at old age. Weight loss treatment may be indicated even at old age to relieve mechanical problems, reduce the need for pharmacotherapy and improve self-esteem. As regards treatment, most clinical drug trials actively exclude older people, and hence little is known about the effects in this age group. However, physical activity, even at old age, has documented beneficial effects, in spite of modest effects on weight. Bariatric surgery, although obviously debatable in this age group, has been safely performed. With an increased segment of the population of higher age under way, strategies to manage obesity, also in this age group, need to be developed.

Stephan Rössner

Correspondence: Stephan Rössner, Överviktsenheten, M73, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, SE-141 86 Stockholm, Sweden  
stephan.rossner@medhs.ki.se