

# Väg patienterna!

## Viktstabilitet ger bättre överlevnad



**GÖRAN NILSSON**, professor,  
 Centrum för klinisk forskning,  
 Centrallasarettet Västerås  
 goran.nilsson@ltv.se

Viktstabilitet över fem år innebär bättre överlevnad än såväl viktuppgång som viktnedgång. Detta framgår av en färsk japansk befolkningsstudie [1] av drygt 80 000 personer, 45–75 år gamla. Forskningspersonerna kategoriserades enligt följande:

- viktstabilitet (<2,5 kilos viktförändring)
- viktuppgång 2,5–5 kilo
- viktuppgång >5 kilo
- viktnedgång 2,5–5 kilo
- viktnedgång >5 kilo.

Redan 2,5 kilos viktförändring ökade dödligheten, och ökningen blev än kraftigare då viktförändringen översteg 5 kilo. Mönstret var mest uttalat hos relativt magra personer med kroppsmasseindex (BMI) <22, men det kunde noteras också vid högre BMI-nivåer.

Mer än 5 kilos viktnedgång vid BMI <22 innebar att dödsrisken vid jämförelse med viktstabilitet ökade 3,6 gånger hos kvinnor och 2,9 gånger hos män. Vid mer än 5 kilos viktuppgång var motsvarande siffror 1,8 för kvinnor och 1,6 för män.

Vid BMI 22–25 var riskerna med viktuppgång respektive viktnedgång något mindre, och vid övervikt/fetma (BMI >25, Tabell I) var endast viktnedgång mer än 5 kilo hos män och mer än 2,5 kilo hos kvinnor förenad med signifikant ökad dödlighet.

**Viktning i finsk och svensk studie**  
 En finsk forskargrupp [2] har undersökt dödlighet och viktförändring över 26 år.

**TABELL I.** BMI-kategorier enligt Världshälsoorganisationen. BMI beräknas som vikt i kilo dividerat med den kvadrerade kroppslängden mätt i meter.

Viktkategori	BMI
Undervikt	<18,5
Normalvikt	18,5–24,9
Övervikt	25,0–29,9
Fetma	≥30,0

BMI bestämdes åren 1974 och 2000 på 1114 män som år 1974 inte hade känd kronisk sjukdom (medelålder 47 år). Männerna kategoriserades efter förekomst av fetma/övervikt (BMI >25, Tabell I) som följer:

- BMI >25 både år 1974 och år 2000
- BMI <25 både år 1974 och år 2000
- BMI <25 år 1974 och >25 år 2000
- BMI >25 år 1974 och <25 år 2000.

De tre första grupperna visade ungefär samma totala dödlighet vid 7 års uppföljning från och med år 2000, medan den sistnämnda gruppen, som alltså gått från övervikt/fetma till normalvikt, visade drygt två gånger så hög dödlighet som de övriga. Skillnaden kvarstod signifikant efter justering för ett stort antal kroniska sjukdomar vid uppföljning 2000.

Liknande resultat har rapporterats från en Malmöundersökning av 5722 män [3]. Studien avsåg risken för död som inte berodde på cancer bland feta/överviktiga medelålders män. Viktning under en sexårsperiod var en riskfaktor för sådan död vid uppföljning under 16 år.

### I klass med högt kolesterol

Den inledningsvis nämnda japanska undersökningen [1] redovisade förutom total dödlighet också dödlighet i cancer och kardiovaskulär sjukdom. Speciellt hos magra personer var risken för cancerdöd påtagligt ökad vid viktning mer än 5 kilo, medan viktuppgång inte ökade risken signifikant. Viktning, även hos feta/överviktiga, predicerade kardiovaskulär sjukdom.

Mer än 5 kilos viktuppgång predicerade död i kardiovaskulär sjukdom, speciellt hos kvinnor.

Viktförändring är således en kraftig riskfaktor i klass med högt kolesterolvärde. Ett hårdtagat riskfaktortänkanke skulle innebära att man anpassar motion och kost så att vikten hålls konstant även om man är för tjock eller för mager. Men så enkelt är det rimligen inte! För att förstå de refererade fynden behövs vissa begrepp uppmärksammas:

- avsiktlig/oavsiktlig viktning
- den sk obesitasparadoxen



Foto: Colourbox

Vägen är ett gammalt bra diagnostiskt instrument, som bör komma till heders vid läkarbesök.

- betydelsen av fettfri vikt, särskilt muskelbrist (sarkopeni).

### Bantning reducerar dödsrisk

De refererade undersökningarna [1–3] saknade uppgifter om huruvida viktning var avsiktlig eller inte. Avsikt att gå ner i vikt hör till kategorin mjukdata och betraktas ofta med viss skepsis.

Ett par amerikanska undersökningar har specifikt studerat avsiktlig viktning, dvs bantning. En undersökning [4] av 6 391 överviktiga och feta män och kvinnor över 35 år (medelålder 54 år) visade att bantning reducerade dödsrisken oavsett om bantningsförsöket lyckades eller inte. Detta resultat bestod efter justering för traditionella riskfaktorer och känd kronisk sjukdom.

Liknande resultat har rapporterats från ytterligare en befolkningsundersökning bestående av 41 836 kvinnor i åldern 55–69 år [5].

Oavsiktlig viktning ger anledning

## ■ sammanfattat

**Viktstabilitet** innebär bättre överlevnad än såväl viktuppgång som viktning. Detta gäller även vid fetma och övervikt.

**Patienterna** bör vägas vid läkarkontroller. Oavsiktlig viktning kan tyda på upptäckt kronisk sjukdom.

**Viktning** bör uppmärksammas och föranleda råd om kost och motion.

att undersöka för eventuell oupptäckt sjukdom. Detta gäller även för feta/överviktiga personer.

De överraskande resultaten [4, 5] att bantningsförsök minskar dödligheten även om effekt på vikten uteblir förmodades ha sin förklaring i att bantningsförsök avspeglar en allmän hälsomedvetenhet, som innebär hälsosam livsföring i många avseenden, tex beträffande alkohol- och motionsvanor.

## Risikfaktor blir friskfaktor

Varför är fetma/övervikt en riskfaktor för sjukdom och död samtidigt som viktnedgång, även hos feta, också är en riskfaktor för död? Evidensen för att fetma/övervikt innebär ökad dödsrisk är överväldigande. Detta gäller särskilt för död orsakad av hjärtinfarkt, stroke, diabetes och leversjukdom.

En sammanställning av 57 prospektiva studier [6] från fyra kontinenter med cirka 900 000 deltagare sammanfattar den starka evidensen för denna ökade dödsrisk som sammanhänger med en ogynnsam riskfaktorprofil för hjärt-kärlsjukdom innefattande högt blodtryck och blodfettrubbningar, bla högt LDL-kolesterol och lågt HDL-kolesterol.

I kontrast till ovanstående karakteriseras vissa kroniska sjukdomar av en sk obesitasparadox [7, 8], som innebär att fetma/övervikt förvandlas från riskfaktor till friskfaktor. Ordet paradox får tolkas som att fetma har en paradoxal effekt i förhållande till vad som förväntas i ett primärpreventivt perspektiv.

Vid obesitasparadox förbättras överlevnaden ju högre BMI är, med följd att feta patienter får lägre dödlighet än normalviktiga. Kronisk njurinsufficiens, hjärtsvikt, angina pectoris, obstruktiv lungsjukdom, malignitet och ledgångsreumatism är exempel på sjukdomar som uppvisar en obesitasparadox. Fetma orsakar t ex aterosklerotisk hjärtsjukdom, men då sjukdomen väl uppkommit skyddar tydligen rikligt med hull från att sjukdomen leder till snabb död!

## Obesitasparadox i högre ålder

Överdödligheten på grund av fetma avtar markant i högre åldersgrupper [7, 9, 10]. Över 80 år, då dödligheten accelererar, blir överlevnaden till och med bättre ju högre BMI är [11]. Vid hög ålder noteras obesitasparadox även utan känd sjukdom.

Tabell II visar andelen feta/överviktiga i svensk befolkning. Det bör noteras att en årsklass av tex 80-åringar utgör en selekterad grupp överlevare och därför innehåller relativt få personer som är känsliga för fetmans skadeverkningar,

**TABELL II.** Andel överviktiga/feta i Sverige 2004–2005. Från Undersökningen om levnadsförhållanden (ULF), Statistiska centralbyrån.

Ålderskategori	Procent överviktiga/feta (BMI ≥ 25)	
	Män	Kvinnor
16–24	20	13
25–34	40	24
35–44	57	35
45–54	56	39
55–64	64	50
65–74	62	53
75–84	46	46
85+	42	32

eftersom dessa gått ur tiden samtidigt som de som »tål« fetma och/eller vars fetma innebär att de undgått »tärande« kakektiska sjukdomar lever kvar.

Alla med övervikt/fetma har inte en metabol riskprofil. En undergrupp av feta personer med metabol hälsosam profil har beskrivits [12].

## »Muskelbrist« ger lägre vikt

Viktnedgång till följd av ålder och/eller manifest/dold kronisk sjukdom beror ibland på sarkopeni, »muskelbrist«. Sarkopeni innebär låg muskelmassa och är förenad med hög dödlighet [13]. Muskulaturen innehåller cirka 60 procent av kroppens proteinförråd [13]. En hygglig uppfattning om storleken av fettfri kroppsmassa respektive muskelmassa kan fås med modern teknik, exempelvis bioelektrisk impedansmätning.

Förlust av muskelmassa minskar både BMI och kroppsvikt. Muskelmassan avtar under livets gång (1–2 procent per år efter 50 års ålder), vilket motverkas av muskelaktivitet. Viktnedgång kan således bero på såväl sarkopeni som förlust av fett. Sambandet mellan vikt-nedgång och dödlighet också hos feta kan bero på förlust av muskelmassa och andra fettfria komponenter av människokroppen. Specifik förlust av kroppsfett minskar däremot dödligheten [14].

Orsaken till vikt-nedgång hos sjuka och äldre är ofullständigt kartlagd [13]. Möjliga orsaker är minskad insöndring av anabola hormoner (tex testosteron, östrogen, tillväxthormon, IGF-bindande protein-1) och ökad inflammatorisk aktivitet avspeglad i ökade nivåer av cytokiner, tex tumörnekrosfaktor alfa (TNF- $\alpha$ ) och interleukin-6.

## Ateroskleros kanske påverkar vikten

Att vikt-nedgång hos kroniskt sjuka och mycket gamla innebär ökad risk för död

är inte överraskande. Att vikt-nedgång hos medelålders personer följda under decennier, som i Helsingforsstudien [2] och Malmöstudien [3], är förenad med ökad mortalitet är däremot överraskande och svår-förklarligt. Hypotetiskt skulle man kunna tänka sig någon »subkakektisk« process, som över åren medför ökad dödlighet. Långsamt utvecklande ateroskleros skulle kunna ligga bakom en sådan process.

Den inledningsvis nämnda japanska undersökningen [1] visar faktiskt att vikt-nedgång hos båda könen, också hos feta/överviktiga, medför ökning av död orsakad även av kardiovaskulär sjukdom. Sambandet mellan ateroskleros och vikt-nedgång är uppenbarligen ett intressant forskningsområde.

## Praktiska slutsatser

- Vägen är ett gammalt fint diagnostiskt instrument, som bör komma till heders. Patienterna bör vägas vid läkarbesök.
- Vid oavsiktlig vikt-nedgång bör eventuell ännu inte diagnostiserad kronisk sjukdom efterforskas.
- Muskelmassan bör bevaras genom aktivitet, framför allt i de stora muskelgrupperna i nedre extremiteterna. Att cykla och promenera är utmärkt motion.
- På befolkningsnivå sker, speciellt hos män, en kraftig viktuppgång mellan 25 och 55 år (Tabell II) – en viktuppgång som bör förhindras. Regelbunden vägning, gärna dagligen, är en bra rutin som hindrar att kroppsvikten okontrollerat rusar iväg.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Nanri A, Mizoue T, Takahashi Y, Noda M, Inoue M, Tsugane S. Weight change and all-cause, cancer and cardiovascular disease mortality in Japanese men and women: the Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *Int J Obes (Lond)*. 2010;34(2):348–56.
2. Strandberg TE, Strandberg AY, Salomaa VV, Pitkälä KH, Tilvis RS, Sirola J, et al. Explaining the obesity paradox: cardiovascular risk, weight change, and mortality during long-term follow-up in men. *Eur Heart J*. 2009;30(14):1720–7.
3. Nilsson PM, Nilsson JA, Hedblad B, Berglund G, Lindgärde F. The enigma of increased non-cancer mortality after weight loss in healthy men who are overweight or obese. *J Intern Med*. 2002;252(1):70–8.
4. Gregg EW, Gerzoff RB, Thompson TJ, Williamson DF. Intentional weight loss and death in overweight and obese U.S. adults 35 years of age and older. *Ann Intern Med*. 2003;138(5):383–9.
5. Kalantar-Zadeh K, Horwich TB, Oreopoulos A, Kovesdy CP, Younessi H, Anker SD, et al. Risk factor paradox in wasting diseases. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2007;10(4):433–42.