

Diskussion

Undersøgelsen af landsresultaterne for ileo-*pouch*-anal-anastomose-kirurgien i perioden 2001-2005 viser umiddelbart acceptable resultater sammenlignet med resultaterne i andre undersøgelser [1, 2] med en lav mortalitet (0,3%) og en hospitaliseringstid på ca. to uger, trods det forhold at de 77 årlige operationer udførtes på seks afdelinger, hvoraf man på en enkelt udførte 31% af operationerne. Imidlertid var operationerne efterfulgt af en relativt høj genindlæggelsesfrekvens og reoperationsfrekvens, men det lille datamateriale muliggør ikke, at man kan argumentere for en ændret organisation af denne teknisk og plejemæssigt vanskelige kirurgi på et validt statistisk grundlag. I opgørelsen fokuseres der kun på det tidlige operationsresultat i forbindelse med *pouch*-konstruktionen. Blandt de her rapporterede tidlige komplikationer må især hyppigheden af abscesdrænage betragtes som minimumstal, idet denne primært udføres ultralydvejledt på røntgenafdelingerne, hvor der endnu ikke er krav om registrering af procedurekoder. Da hovedparten af patienterne får anlagt en aflastende temporær loopileostomi, kan vi ikke udtale os om de for *pouch*-funktionen betydningsfulde sene komplikationer, som fisteldannelse, pouchitis, analstriktur etc.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger foreslås det, at *pouch*-kirurgien centraliseres på seks afdelinger [6], hvilket formentlig bør tages op til debat, idet den kirurgiske og plejemæssige ekspertise med den nuværende organisation næppe er hensigtsmæssig set i lyset af nyere internationale erfaringer. Således har man på Cleveland-klinikken, hvor man har en overordentlig stor erfaring, påvist en indlæringskurve for operationen på 20-40 operationer [5], hvor der herudover kræves et vist årligt operationsantal for at opretholde ekspertisen. Disse krav kan slet ikke opfyldes med den nuværende organisering af *pouch*-kirurgien i Danmark. Endvidere har udviklingen in-

den for den laparoskopiske kirurgi muliggjort, at operationen kan laves med et optimeret forløb, lille morbiditet og kort hospitalisering, ligesom det kosmetiske resultat er betydelig bedre og værdifuldt for den overvejende yngre aldersgruppe, som får foretaget *pouch*-kirurgi [4, 7]. En introduktion af laparoskopisk *pouch*-kirurgi vil således kun være mulig i Danmark, såfremt operationen udføres færre steder og dermed muliggør tilstrækkelig kirurgisk erfaring.

Sammenfattende giver denne opgørelse over *pouch*-kirurgien i Danmark grundlag for en fornyet debat om centralisering af teknisk vanskelig kirurgi. Det foreslås under hensyntagen til det lille antal operationer pr. år sammenholdt med udviklingsmulighederne, at disse kun udføres på 2-3 afdelinger. Resultaterne bør også stimulere til en landsoversigt over langtidsresultaterne af *pouch*-kirurgien.

Korrespondance: Anette Bendixen, Enhed for Monitorering, Kvalitet og Evaluering Sundhedsstyrelsen, DK-2300 København S. E-mail: anbe@sst.dk

Antaget: 26. september 2007

Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Tak til Sundhedsstyrelsens Forskerservice for bistand i forbindelse med indhentning af udtræk fra Landspatientregisteret.

Litteratur

1. Fazio VW, Ziv Y, Church JM et al. Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients. *Ann Surg* 1995;222:120-7.
2. Oresland T, Fasth S, Nordgren S et al. The clinical and functional outcome after restorative proctocolectomy. *Int J Colorectal Dis* 1989;4:50-6.
3. Parks AG, Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978;2:85-8.
4. Larson DW, Cima RR, Dozois EJ et al. Safety, feasibility, and short-term outcomes of laparoscopic ileal-pouch-anal anastomosis: a single institutional case-matched experience. *Ann Surg* 2006;243:667-70.
5. Tekkis PP, Fazio VW, Lavery IC et al. Evaluation of the learning curve in ileal pouch-anal anastomosis surgery. *Ann Surg* 2005;241:262-8.
6. Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet 2001. www.sst.dk/ jan 2007.
7. Larson DW, Pemberton JH. Current concepts and controversies in surgery for IBD. *Gastroenterology* 2004;126:1611-9.

Subjektive hukommelsesklager hos ældre

Er det tegn på demens?

Neuropsykolog Asmus Vogel

Rigshospitalet, Neurologisk Klinik,
Nationalt Videnscenter for Demens

Resume

Subjektive hukommelsesklager er hyppige blandt ældre. Der er ingen sikker sammenhæng mellem subjektive hukommelsesklager og aktuelt kognitivt funktionsniveau, men resultaterne af flere stu-

dier tyder på, at klager er relateret til fremtidig udvikling af demens. Klager over hukommelsessvigt er konsistent relateret til affektive symptomer og bestemte personlighedstræk. Mange demente har allerede tidligt i deres sygdom svigtende erkendelse af symptomer og klager derfor måske ikke. Oplysninger om svækket hukommelse hos en ældre person bør medføre udredning af årsagen.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Svækket hukommelse er kernesymptomet ved demens. Da prævalensen af demens stiger med alderen [1], vil det være relevant at overveje, om en ældre person, som klager over svækket hukommelse, kunne have en demenssygdom. Sundhedsvæsenet har, bl.a. pga. øgede muligheder for medicinsk behandling af demens, opprioriteret demensområdet gennem en årrække. Befolkningens opmærksomhed på demens er generelt øget, og ældrebefolkningen vokser. Derfor vil læger og andet sundhedspersonale, der arbejder med ældre, formentligt i stigende grad møde patienter eller pårørende, der klager over svækket hukommelse. Da nogle dele af hukommelsen reduceres med alderen [2], kan det være vanskeligt at vurdere, om sådanne klager er udtryk for svigt pga. cerebral dysfunktion eller skyldes aldersrelaterede ændringer. Klager over reduceret hukommelse forekommer ved en række hjernesygdomme, men er også hyppige ved en lang række andre tilstande bl.a. depression [3]. Man ved ikke, i hvilken grad patienter, som henvises på mistanke om kognitiv dysfunktion til specialiserede hukommelses- og demenslinikker, klager over svækket hukommelse. Resultater viser dog, at en vis del af de henviste patienter ikke er demente eller har kognitive svigt [4].

Formålet med denne artikel er at beskrive sammenhængen mellem subjektive hukommelsesklager og kognitiv reduktion og fremtidig udvikling af demens hos ældre personer. Desuden analyseres betydningen af depression, angst og personlighedstræk for subjektive hukommelsesklager. Endelig diskuteres konsekvenserne af manglende sygdomserkendelse (og dermed fravær af klager) hos personer med mulig demens.

Metode

Der er søgt på PubMed (afsluttet juni 2007) med følgende nøgleord: *subjective memory complaints, memory impairment, cognitive decline, depression and personality traits*.

Artikler, som vedrørte subjektive hukommelsesklager og deres relation til kognitiv reduktion og/eller demens hos personer over 60 år, blev udvalgt. Artikler, der udelukkende vedrørte andre kognitive funktioner (f.eks. opmærksomhed), blev ikke inkluderet. Der blev foretaget manuel gennemgang af referencelister i de fundne artikler. Der er søgt i Cochrane-databasen med enkeltordene *complaint* og *memory*. Der blev ikke fundet relevante Cochrane-reviews.

Forekomst af hukommelsesklager hos ældre

Klager over svækket hukommelse er hyppige hos personer over 60 år. Man har i populationsundersøgelser med raske ældre påvist varierende forekomst af hukommelsesklager på 25-50% bl.a. pga. metodologiske forskelle (herunder hvordan der spørges til svækket hukommelse) [5]. I et stort hollandsk studie fandt man, at 22% af de ældre personer uden demens og depression klagede over svækket hukommelse [6]. I et stort svensk populationsstudie af 75-95-årige personer var forekomsten af hukommelsesklager 32% [7]. Af 758 patienter, der



Undersøgelse af hukommelse.

var over 65 år og konsulterede en almen praksis i indre København i løbet af to måneder, angav 24% svigtende hukommelse i varierende grad [8]. De fleste studier viser en stigning i subjektive hukommelsesklager med alder, og nogle undersøgelser tyder på, at hukommelsesklager er hyppigere hos kvinder og hos personer med kort uddannelse end hos mænd og personer med lang uddannelse [5].

Subjektive hukommelsesklager som prædikator for demens

Klager over nedsat hukommelse kan være en vigtig prædikator for demens. I ovennævnte populationsstudie med ældre personer fra Stockholm påviste man, at klager over svækket hukommelse var en bedre prædikator for, om deltagerne blev demente efter tre år end en kort neuropsykologisk screening og testning med Mini Mental State Examination (MMSE) [7]. Dog var det langt fra alle kommende demenspatienter, som klagede over svækket hukommelse. I et nyligt publiceret hollandsk studie af prædiktorer for demens i almen praksis påviste man, at kognitive klager sammen med gangforstyrrelser er de vigtigste prædiktorer for, at demens diagnosticeres i almen praksis. Ikke alle demente klagede dog over kognitive svigt, inden en sikker demensdiagnose kunne stilles. Fem år før en sikker diagnose kunne stilles, klagede kun 4% af personerne, mens 58% klagede over kognitive svigt i året før, diagnosen blev stillet [9].

Der er siden 1990'erne foretaget en del longitudinelle undersøgelser, hvor personer med kognitive klager er blevet fulgt i en årrække for at se, om deres kognitive funktioner blev svækket, og om de blev demente. De første mindre undersøgelser med maksimalt 60 deltagere og 3-4 års opfølgning viste ingen kognitiv svækkelse over tid hos personer med klager [10, 11]. Også enkelte studier med store populationer viste ikke sammenhæng mellem subjektive hukommelsesklager og senere udvikling af demens [12]. I langt de fleste studier har man dog påvist, at subjektive klager kan være en prædikator for demens og/eller kognitiv svækkelse. Det gælder især for større studier (med over 200 deltagere), ved længere opfølgningsintervaller (typisk over tre år), og hvor man har brugt

Faktaboks

Subjektive hukommelsesklager er hyppige blandt ældre personer

Subjektive hukommelsesklager er relateret til fremtidig udvikling af demens

Der er ingen sikker sammenhæng mellem subjektive hukommelsesklager og aktuelt kognitivt funktionsniveau. Klager er mere konsistent relateret til affektive symptomer og bestemte personlighedstræk såsom neuroticisme end til kognitivt funktionsniveau

Mange personer med demens har nedsat sygdomserkendelse og klager derfor ikke nødvendigvis over nedsat hukommelse. Svækket sygdoms- eller symptomerkendelse kan være et symptom på demens

grundige kognitive undersøgelsesmetoder [13-15]. I en undersøgelse var subjektive klager signifikant associeret med udvikling af Alzheimers sygdom med en odds-ratio på 1,95 (justeret for en række variable bl.a. alder og depression) [14]. Andre resultater tyder på, at alder modificerer graden af subjektive klagers betydning for udvikling af demens. I en undersøgelse påviste man, at for personer, der klagede over svækket hukommelse og var 70 år, 75 år og 80 år, var odds-ratio for at blive dement hhv. 6,0, 3,2 og 1,6 [15]. I en undersøgelse fandt man ikke signifikant prædiktiv værdi af hukommelsesklager for demens med et opfølgingsinterval på 3-4 år [16], mens opfølgning af samme gruppe efter flere år viste en signifikant sammenhæng [17]. Demografiske faktorer spiller angiveligt en væsentlig rolle for, hvilke personer med kognitive klager som bliver demente. Bl.a. har højtuddannede personer, som klager over svækket hukommelse, større sandsynlighed for at blive demente end personer med kortere uddannelse [5]. Omfanget af klager har ikke væsentlig betydning for fremtidig kognitiv reduktion [18]. I nogle studier indikeres det, at typen af klager, som ses hos personer med kognitiv svækkelse, muligvis er anderledes end hos ældre uden kognitiv svækkelse eller demens [19, 20]. Hvordan der spørges til evt. hukommelsesproblemer, kan således have en betydning for, om en person rapporterer subjektive klager.

Der er ingen fastlagte internationale retningslinjer for, hvilke undersøgelsesmetoder man bør bruge til at vurdere, hvilke patienter med klager som på længere sigt vil få demens. Evt. fremtidig demensudvikling (inden for en kortere år-række) hos personer med subjektive klager kan med stor sandsynlighed forudsiges ud fra graden af svækkelse på bestemte neuropsykologiske hukommelsestest [21]. Dvs. personer, som både klager og klarer sig tydeligt under forventet på komplekse neuropsykologiske hukommelsestest, har langt større risiko for at få demens end personer, der klager og har

upåfaldende præstationer på hukommelsesprøver. Ud over karakteristiske neuropsykologiske testprofiler har temporal atrofi målt med magnetisk resonans (MR)-skanning, karakteristiske flowmønstre på funktionel billeddannelse, biomarkører for Alzheimers sygdom i cerebrospinalvæsken og bestemte genetiske mutationer væsentlig betydning for estimering af fremtidig demensudvikling [22].

Overensstemmelse mellem klager og kognitivt funktionsniveau

En stor del af den eksisterende viden, vi i dag har om sammenhængen mellem subjektive klager og kognitivt funktionsniveau, stammer fra populationsbaserede tværnsitsundersøgelser, hvori man har sammenlignet præstationer hos personer med og uden kognitive klager. Disse undersøgelser har ofte haft metodiske svagheder, bl.a. er klager i nogle studier vurderet ved et enkelt spørgsmål, og hukommelse/kognitivt funktionsniveau er blevet målt ved hjælp af simple eller få test. I nogle studier har man fundet en signifikant sammenhæng mellem præstationer på hukommelsestest og klager over hukommelsesproblemer [20, 23, 24]. Størrelsen af denne sammenhæng er dog beskedent. I en undersøgelse fra Hongkong var korrelationerne mellem kognitive testpræstationer og subjektive klager i størrelsen 0,18-0,23 [20]. I andre undersøgelser har man fundet, at antallet af personer med klager og kognitive svigt (29%) var højere end antallet af personer med kognitiv reduktion og ingen klager (15%) [23]. I andre store populationsstudier har man dog ikke fundet nogen sammenhæng mellem klager og hukommelsesfunktion [25, 26].

I enkelte familier ses Alzheimers sygdom med autosomal dominant arvegang. Der er kun få studier af subjektive klager hos disse familiemedlemmer. Resultaterne viste, at der ikke var en øget forekomst af klager hos personer med mulig genetisk disposition til Alzheimers sygdom [27, 28]. Antallet af artikler om patofysiologiske ændringer og klager over svækket hukommelse er også begrænset. I et studie har man påvist en signifikant sammenhæng mellem mængden de neuropatologiske ændringer, som ses ved Alzheimers sygdom, og graden af hukommelsesklager [29], hvilket indikerer, at klager kan afspejle begyndende demens. Endvidere har man i en undersøgelse påvist mindre hippocampalvolumen målt med MR-skanning hos personer med klager end hos personer uden klager [30]. Sådanne cerebrale forandringer kan ses ved Alzheimers sygdom, men er ikke specifikke for demens, da atrofi af mediale, temporale strukturer også ses hos deprimerede [31]. Der findes ikke nyere studier med fokus på, hvordan personer med subjektive klager, som henvises til nærmere udredning i f.eks. hukommelsesklinikker, klarer sig i objektive test. Dette bør undersøges nærmere.

Sammenfattende er der således ikke noget klart billede af, om der er en signifikant sammenhæng mellem klager over hukommelsessvigt og svækket hukommelse målt på neuropsykologiske test. De fleste studier fra klinisk praksis tyder

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

ikke på, at der er en sammenhæng, mens resultaterne af nogle populationsbaserede studier indikerer, at der muligvis er en svag signifikant relation.

Hukommelsesklager, affektive symptomer og personlighedstræk

I lyset af at hukommelsesklager måske kun i mindre grad er relateret til præstationer i kognitive test, er to andre mulige årsager til hukommelsesklager interessante. Den første er, at hukommelsesklager kan skyldes depressive symptomer. Man har i flere studier påvist, at subjektive hukommelsesklager i højere grad afhænger af depressive symptomer end af det aktuelle kognitive funktionsniveau. Man har i populationsstudier påvist en moderat sammenhæng med scorer på depressionsmål ($r = 0,4$) [17]. I et større australsk arbejde påviste man, at psykiatriske symptomer, personlighed og fysisk helbred er tættere relateret til klager end kognitive testpræstationer og biomarkører for Alzheimers sygdom (APOE-genotype og atrofi af bestemte cerebrale strukturer) [32]. Depressive symptomer er relateret til subjektive hukommelsesklager hos raske kontrolpersoner [19]. Sammenhængen skyldes formentligt, at depression kan øge tendensen til at opfatte og genkalde (og dermed rapportere) flere negative aspekter af ens egen for-måen.

I en række undersøgelser har man påvist, at hukommelsesklager ikke kun afspejler et *state phenomenon* som affektiv status, men også kan reflektere bestemte personlighedstræk (dvs. vedvarende karakteristika) hos personen, der klager. I en finsk undersøgelse fandt man, at mål for klager korrelerede højt ($r = 0,62-0,73$) med to subskalaer fra Minnesota Multiphasic Personality Inventory [33]. Undersøgelser har vist, at træk som neuroticisme har signifikant sammenhæng med hukommelsesklager hos personer uden hukommelsessvigt [19, 34] (neuroticisme er en af dimensionerne i fem faktor-modellen for personlighed, og personer med høje scorer på denne faktor vil let blive stressede, have svært ved at håndtere belastninger, de bekymrer sig om fremtiden og vil ofte være nervøse og anspændte). Det er hos personer med let hukommelsessvækkelse vist, at personlighedstræk har større betydning for subjektive hukommelsesklager end affektiv status [19]. Det er uvist, om denne relation kun ses hos ældre, eller om den er til stede gennem hele livet.

Samlet set er der således en del undersøgelser, som tyder på, at hukommelsesklager hos ældre i højere grad afspejler affektiv status og bestemte personlighedstræk frem for aktuelt kognitivt funktionsniveau. Hvorvidt de hukommelsesklager, som ses hos personer, der har depressive symptomer uden kognitiv reduktion, adskiller sig kvalitativt fra klager hos personer med kognitiv reduktion (og evt. demens) vides ikke.

Fravær af klager og nedsat sygdomserkendelse ved demens

I hvilken grad patienter, som henvises til hukommelses/demensklinikker, klager over svækket hukommelse, kendes som

tidligere nævnt ikke sikkert. I et stort hollandsk studie påviste man, at kun 46% af patienterne med demens havde subjektive hukommelsesklager [6]. Dette stemmer overens med, at en del personer primært er henvist til demensudredning, fordi pårørende (eller andre) har bemærket kognitive ændringer. I en dansk undersøgelse fandt man, at omkring halvdelen af patienterne med Alzheimers sygdom i tidlig fase havde begrænset eller ingen indsigt i deres symptomer [35]. Mange af disse patienter oplevede således ikke, i hvilken grad deres hukommelse var reduceret. Dette var også tilfældet for patienter, som var så tidligt i forløbet af Alzheimers sygdom, at de ikke opfyldte kriterierne for demens [35].

Svigtende sygdomserkendelse er altså hyppigt forekommende ved demenssygdomme. I nogle undersøgelser har man endda påvist, at nedsat sygdomsindsigt hos personer med lette kognitive deficit kan være en væsentlig prædikator for progression til demens. I en undersøgelse fandt man, at høj score på diskrepansmål mellem patienter og pårørende var en god prædikator for demens (odds-ratio 7,9) [36]. At en person ikke klager over svigtende hukommelse, udelukker således ikke, at vedkommende kan have en demenssygdom, ligesom fuld score på screeningstest som MMSE, urskive og Addenbrokes Cognitive Examination ikke udelukker demens. Hvis pårørende eller andre beskriver nedsat hukommelse hos personer, som ikke selv oplever svækkelse af kognitive funktioner, kan der således være god grund til at undersøge årsagen nærmere, da netop uoverensstemmelsen mellem personens egen opfattelse og andres vurdering kan være et vigtigt tegn på demens.

Hukommelsesklager ved Mild Cognitive Impairment

Blandt ældre findes der nogle personer, der har lette kognitive forstyrrelser og ikke opfylder demenskriterierne, men hvor symptomerne kan progredierte til demens. Der findes ingen fælles dansk betegnelse for disse tilstande, men på engelsk er det mest anvendte begreb *Mild Cognitive Impairment* (MCI) [37]. Der findes en række andre engelske betegnelser for sådanne lette kognitive svækkelser. Subjektive hukommelsesklager er i flere af betegnelserne for dette syndrom et kriterium sammen med let svækket kognitivt funktionsniveau (og andre faktorer). Subjektive klager blev indført som kriterium for at adskille personer med nyttilkomne hukommelsesproblemer fra personer, som altid har haft dårlig hukommelse.

Hvorvidt subjektive klager er et nødvendigt diagnostisk kriterium for MCI, eller om kriteriet om kognitive klager også kunne inkludere informationer fra f.eks. pårørende er diskutabelt. En række forhold tyder på, at klager bør defineres bredt, og ikke kun inkludere patientens egen vurdering.

Inkluderes subjektive klager i kriterierne, kan man nemlig overse personer med mulig kognitiv reduktion [19]. Dette kan skyldes, at nogle MCI-patienter har svækket sygdomserkendelse i samme omfang som demente patienter med Alzheimers sygdom og derfor måske ikke klager [35, 38]. Faktisk

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

indikerer resultaterne af populationsbaserede studier, at udeladelse af kognitive klager som kriterium øger den diagnostiske sensitivitet, samtidig med at der kun tabes positiv prædiktiv værdi i mindre grad [39]. Subjektive klagers omfang har ikke betydning for progression fra MCI til demens (over en toårig periode) ifølge en nyligt publiceret italiensk multicenterundersøgelse [40]. Samlet set må det konkluderes, at anvendes klager som kriterium ved MCI, bør de forstås bredt, så f.eks. også pårørendes vurdering inddrages.

Konklusion

Subjektive hukommelseskklager er hyppige blandt ældre personer. Der er ikke nogen sikker sammenhæng mellem subjektive hukommelseskklager og svækket kognitivt funktionsniveau, men subjektive hukommelseskklager kan være tegn på begyndende demens. Subjektive hukommelseskklager er dog langt fra specifikke for demens, og baseret på den eksisterende litteratur er hukommelseskklager i højere grad relateret til depressive symptomer og bestemte personlighedstræk som neuroticisme end til aktuelt kognitivt funktionsniveau. Der er risiko for falsk positive demensdiagnoser, hvis klager tillægges for stor vægt. Ved demensdiagnostik bør risikoen for falsk negative diagnoser dog heller ikke undervurderes. Omkring halvdelen af alle demente personer vil – også i de tidligste faser af deres sygdom – have svigtende eller helt manglende erkendelse af deres symptomer. Disse personer vil derfor måske helt undlade at klage. Klager over svækket hukommelse hos ældre, hvad enten de kommer fra personen selv eller andre, bør medføre nærmere undersøgelse af årsagen.

Korrespondance: *Asmus Vogel*, Nationalt Videnscenter for Demens, Hukommelsesklinikken 6702, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.
E-mail: asmus.vogel@rh.regionh.dk

Antaget: 3. december 2007
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelser: Tak til Sygekassernes Helsefond og Indenrigs- og Sundhedsministeriet for økonomisk støtte til Nationalt Videnscenter for Demens.

Litteratur

- Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000;54(suppl 5):S4-9.
- Nilsson LG. Memory function in normal aging. *Acta Neurol Scand Suppl* 2003;179:7-13.
- Derouesne C, Lacomblez L, Thibault S et al. Memory complaints in young and elderly subjects. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:291-301.
- Hejl A, Høgh P, Waldemar G. Potentially reversible conditions in 1000 consecutive memory clinic patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:390-4.
- Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:983-91.
- Jonker C, Launer LJ, Hooijer C et al. Memory complaints and memory impairment in older individuals. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:44-9.
- Palmer K, Backman L, Winblad B et al. Detection of Alzheimer's disease and dementia in the preclinical phase: population based cohort study. *BMJ* 2003;326:245.
- Waldorff FB, Haugbolle NW, Møller HC et al. Hukommelsesproblemer blandt ældre patienter i almen praksis: betydning af pårørendeoplysninger. *Ugeskr Læger* 2006;168:3420-4.
- Ramakers IH, Visser PJ, Aalten P et al. Symptoms of preclinical dementia in general practice up to five years before dementia diagnosis. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;24:300-6.
- Flicker C, Ferris SH, Reisberg B. A longitudinal study of cognitive function in elderly persons with subjective memory complaints. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:1029-32.
- Taylor JL, Miller TP, Tinklenberg JR. Correlates of memory decline: a 4-year longitudinal study of older adults with memory complaints. *Psychol Aging* 1992;7:185-93.
- Smith GE, Petersen RC, Ivnik RJ et al. Subjective memory complaints, psychological distress, and longitudinal change in objective memory performance. *Psychol Aging* 1996;11:272-9.
- Dufouil C, Fuhrer R, Alperovitch A. Subjective cognitive complaints and cognitive decline: consequence or predictor? The epidemiology of vascular aging study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:616-21.
- Geerlings MI, Jonker C, Bouter LM et al. Association between memory complaints and incident Alzheimer's disease in elderly people with normal baseline cognition. *Am J Psychiatry* 1999;156:531-7.
- Wang L, van BG, Crane PK et al. Subjective memory deterioration and future dementia in people aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:2045-51.
- Jorm AF, Christensen H, Korten AE et al. Do cognitive complaints either predict future cognitive decline or reflect past cognitive decline? *Psychol Med* 1997;27:91-8.
- Jorm AF, Christensen H, Korten AE et al. Memory complaints as a precursor of memory impairment in older people: a longitudinal analysis over 7-8 years. *Psychol Med* 2001;31:441-9.
- Glodzik-Sobanska L, Reisberg B, De SS et al. Subjective memory complaints: presence, severity and future outcome in normal older subjects. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;24:177-84.
- Kliegel M, Zimprich D, Eschen A. What do subjective cognitive complaints in persons with aging-associated cognitive decline reflect? *Int Psychogeriatr* 2005;17:499-512.
- Lam LC, Lui VW, Tam CW et al. Subjective memory complaints in Chinese subjects with mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:876-82.
- Andersson C, Lindau M, Almkvist O et al. Identifying patients at high and low risk of cognitive decline using Rey Auditory Verbal Learning Test among middle-aged memory clinic outpatients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;21:251-9.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol* 2007;6:734-46.
- Bassett SS, Folstein MF. Memory complaint, memory performance, and psychiatric diagnosis: a community study. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1993;6:105-11.
- Gagnon M, Dartigues JF, Mazaux JM et al. Self-reported memory complaints and memory performance in elderly French community residents: results of the PAQUID Research Program. *Neuroepidemiology* 1994;13:145-54.
- Jungwirth S, Fischer P, Weissgram S et al. Subjective memory complaints and objective memory impairment in the Vienna-Transdanube aging community. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:263-8.
- O'Connor DW, Pollitt PA, Roth M et al. Memory complaints and impairment in normal, depressed, and demented elderly persons identified in a community survey. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:224-7.
- Heun R, Kockler M, Ptok U. Subjective memory complaints of family members of patients with Alzheimer's disease and depression. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2003;16:78-83.
- Laws SM, Clarnette RM, Taddei K et al. Association between the presenilin-1 mutation Glu318Gly and complaints of memory impairment. *Neurobiol Aging* 2002;23:55-8.
- Barnes LL, Schneider JA, Boyle PA et al. Memory complaints are related to Alzheimer disease pathology in older persons. *Neurology* 2006;67:1581-5.
- Van der Flier WM, van Buchem MA, Weverling-Rijnsburger et al. Memory complaints in patients with normal cognition are associated with smaller hippocampal volumes. *J Neurol* 2004;251:671-5.
- Bremner JD, Narayan M, Anderson ER et al. Hippocampal volume reduction in major depression. *Am J Psychiatry* 2000;157:115-8.
- Jorm AF, Butterworth P, Anstey KJ et al. Memory complaints in a community sample aged 60-64 years: associations with cognitive functioning, psychiatric symptoms, medical conditions, APOE genotype, hippocampus and amygdala volumes, and white-matter hyperintensities. *Psychol Med* 2004;34:1495-506.
- Hanninen T, Reinikainen KJ, Helkala EL et al. Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:1-4.
- Comijs HC, Deeg DJ, Dik MG et al. Memory complaints; the association with psycho-affective and health problems and the role of personality characteristics. *J Affect Disord* 2002;72:157-65.
- Vogel A, Stokholm J, Gade A et al. Awareness of deficits in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: do MCI patients have impaired insight? *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17:181-7.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

36. Tabert MH, Albert SM, Borukhova-Milov L et al. Functional deficits in patients with mild cognitive impairment: prediction of AD. *Neurology* 2002; 58:758-64.
37. Petersen RC, Doody R, Kurz A et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2001;58:1985-92.
38. Collie A, Maruff P, Currie J. Behavioral characterization of mild cognitive impairment. *J Clin Exp Neuropsychol* 2002;24:720-33.
39. Busse A, Bischof J, Riedel-Heller SG et al. Subclassifications for mild cognitive impairment: prevalence and predictive validity. *Psychol Med* 2003; 33:1029-38.
40. Perri R, Serra L, Carlesimo GA et al. Preclinical dementia: an Italian multi-centre study on amnesic mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;23:289-300.

Træthed ved kronisk sygdom

Overlæge Niels Henrik Hjøllund,
overlæge Johan Hviid Andersen & overlæge Per Bech

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed,
Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Klinisk Socialmedicin,
Regionshospitalet Herning, Arbejdsmedicinsk Klinik, og
Region Hovedstaden, Psykiatrisk Forskningsenhed

Resume

Træthed rapporteres tit ved kronisk sygdom. Vi gennemgik studier af ikkeakutte patienter og registrerede design, deltagere og måling af træthed. Af 2.285 studier omhandlede 36% malign sygdom, 10% infektios sygdom, 10% reumatologisk sygdom, 9% neurologisk sygdom og 9% kardiovaskulær sygdom. Tværnsnitsdesignet blev hyppigst anvendt (n = 2.083), og kun i 2% sammenlignede man patienter fra forskellige specialer. Der forsøges i træthed i alle lægelige specialer, men på trods af symptomets uspecifikke natur foregår forskningen isoleret i de enkelte specialer, og vi ved kun lidt om forløb på længere sigt eller om forskelle mellem sygdommene i forekomst og karakter af træthed.

It is suggested that the term fatigue be absolute banished from precise scientific discussions.

B. Muscio (1921) [1]

Træthed kendes af alle som et vilkår i et normalt liv. Den opleves som en meningsfuld fornemmelse efter arbejde og kan teleologisk forstås som en påskyndelse til at finde balancen mellem aktivitet og hvile [2]. Denne fysiologiske træthed har en beskyttende funktion på lige fod med tørst, sult og akut smerte.

Ved kommunikation forudsætter vi samme betydning hos afsender og modtager. Som eksempel har enhver læge personligt kortvarigt oplevet stærk smerte, og kan bruge denne erfaring i sin kommunikation med smertepatienten. Som ved begrebet smerte tager vi også ved træthed udgangspunkt i egen erfaring, nemlig den fysiologiske træthed, men i flere studier påpeger man, at selv om patienterne, i mangel af bedre, benævner deres oplevelse som »træthed« [3, 4], finder

de den ofte kvalitativt anderledes end den træthed, de oplevede som raske [5].

Sygdomsrelateret træthed har karakteristika, som kan gøre lægen, ja træt, og træthed ved kronisk sygdom kan være vanskeligt at håndtere for både patient og læge. Fraset anæmi, hypotyreose og depression findes der sjældent specifik behandling af træthed, som måske er det mest subjektive og uspecifikke symptom af alle. Samtidig er den ætiologiske baggrund kompleks og kan henføres til sygdommen og behandlingen, en depressiv reaktion på sygdommen eller præmorbid personlighedsmæssige forhold, idet en andel af raske populationer beskriver træthed som et væsentligt problem [6-8]. Årsagsforhold er ofte vanskelige at bedømme på patientniveau, men som læger er vi vant til at håndtere tilstande med komplekse årsagsforhold, hvilket snarere er reglen end undtagelsen i den daglige klinik.

Resultaterne af kvalitative og kvantitative studier tyder på, at sygdomsrelateret træthed ikke er et simpelt kontinuum fra ingen til svær træthed. I stedet peges der på en multidimensionel tilgang bestående af fysiske, kognitive, affektive og adfærdsmæssige aspekter [5, 9]. Endvidere beskrives det, at sygdomsrelateret træthed i mindre grad lindres af søvn og hvile og indtræder mere uforudsigeligt end anden træthed [10].

Træthed kan være en risikomarkør eller en markør for en patofysiologisk proces, og man har i flere studier fundet en høj prædiktiv værdi for senere morbiditet og mortalitet [11-13]. Træthed er også påvist at have en markant indvirkning på patientens funktionsevne og evne til egenomsorg [14], hvilket kan have betydning, når kroniske patienter skal risikostrateres i henhold til kronikermodellen som anbefalet af Sundhedsstyrelsen [15].

Ved en fritekstsøgning på PubMed optræder ordet fatigue knap 40.000 gange, hvilket er en brøkdel af resultatet ved en søgning på pain, men alligevel tyder det på en så markant forskningsaktivitet, at det kan konkluderes, at der ikke er udviklet konsensus om Muscios frustrerede udsagn, som citeret ovenfor. Faktisk er aktiviteten steget eksponentielt i de seneste tre dekader, og mere end 80% af studierne er publiceret siden 1995 [16]. I medicinske lærebøger omtales træthed som et klinisk fænomen ved sygdomme som multipel sklerose, hjer-