

# Rekomendacje ISCD 2004 interpretacji badań densytometrycznych metodą DXA

Streszczenia IV Ogólnopolskiego Sympozjum Chorób  
Metabolicznych Tkanki Kostnej PT0iTr, Jurata 3-5.09.04

**Dr med. Piotr Leszczyński**

Klinika Reumatologii i Immunologii Klinicznej Akademii Medycznej,  
Oddział Reumatologii i Osteoporozy, Poznań

Międzynarodowe Stowarzyszenie Densytometrii Klinicznej (International Society for Clinical Densitometry) opublikowało w Journal of Clinical Densitometry (Volume 7, Number 1, 2004) nowe oficjalne stanowisko dotyczące użyteczności klinicznej badania gęstości mineralnej kości (BMD) w ocenie ryzyka rozwoju osteoporozy.

Z klinicznego i praktycznego punktu widzenia bardzo istotnym wydaje się fakt potwierdzający, że nie istnieją żadne istotne przyczyny do zmiany definicji osteoporozy u kobiet w wieku pomenopauzalnym rekomendowanej w 1994 roku przez WHO. Nadal powinniśmy więc stosować pojęcia: normy, osteopenii, osteoporozy czy zaawansowanej osteoporozy. ISCD zaleca jednak wykorzystywanie raczej wskaźnika Z-score (poniżej  $-2.0$  SD interpretowany jako wynik nieprawidłowy) dla oceny masy kostnej u kobiet w okresie premenopauzalnym. Natomiast kryteria WHO (T-score poniżej  $2.5$  SD) mogą być używane u dorosłych kobiet w okresie premenopauzalnym tylko w razie istotnych przyczyn rozwoju wtórnej osteoporozy. W przypadku dzieci i młodych dorosłych do 20 roku życia niezależnie od płci, ISCD nie rekomenduje używania terminu osteoporoza czy osteopenia. Badania techniką DXA w tej grupie dzieci powinny być interpretowane z wielką ostrożnością przede wszystkim z powodu zmiany wielkości i kształtu kości związanej z wiekiem. W celach interpretacyjnych, w tej grupie, nigdy nie należy używać wskaźnika T-score, natomiast wskaźnik Z-score powinien być odnoszony do najlepszej dostępnej dziecięcej bazy referencyjnej stworzonej dla danego aparatu densytometrycznego. W przypadku oceny BMD u mężczyzn rozpoznanie osteoporozy na podstawie T-score powinno dotyczyć jedynie tych od 65 roku życia lub jeżeli podejrzewamy osteoporozę wtórną. W innych przypadkach powinniśmy opierać się

jedynie na wskaźniku Z-score i unikać densytometrycznego rozpoznawania osteoporozy. Podkreślono jednoznacznie, że kryteria WHO z 1994 roku rozpoznawania osteoporozy i osteopenii (T-score i Z-score) nie dotyczą oznaczeń densytometrycznych wykonywanych techniką osiowej lub obwodowej tomografii komputerowej (QCT, pQCT) i jak również metody ultradźwiękowej (QUS). Stanowisko ISCD rekomenduje ponadto używanie skrótu DXA, a nie DEXA dla określenia badania densytometrycznego opartego na absorpcjometrii promieniowania rentgenowskiego o podwójnej wiązce energetycznej. Natomiast odchylenia standardowe powinny być wyznaczane i przedstawiane jednolicie jedynie jako T-score i Z-score z zaokrągleniem do jednego miejsca po przecinku. Zaś wartości BMD powinny być zaokrąglone do 3 miejsc po przecinku, a wartości BMC do 2 miejsc po przecinku. Powierzchnia kości mierzona w densytometrii powinna być określana z precyzją do 2 miejsc po przecinku.

Wierzę, że z uwagi na jasność, prostotę i brak możliwości dowolnej interpretacji, wytyczne ISCD mogą stać się standardem w praktycznej ocenie badań densytometrycznych przez lekarzy różnych specjalności.