

19. Cadarette SM, Jaglal SB, Murray TM, et al.: Evaluation of decision rules for referring women for bone densitometry by dual-energy x-ray absorptiometry. *JAMA* 2001, 286:57-63.
20. Cadarette SM, Jaglal SB, Murray TM, et al.: Who should be screened for osteoporosis? *JAMA* 2001, 286:1970-1971.
21. Ben Sedrine W, Reginster J-Y: Risk indices and osteoporosis screening: scope and limits. *Mayo Clin Proc* 2002,77:622-623.
22. Geusens P, Hochberg MC, Van Der Voort DJM, et al.: Performance of risk indices for identifying low bone density in postmenopausal women. *Mayo Clin Proc* 2002, 77:629-637.
23. Ben Sedrine W, Broers P, Devogelaer J-P, et al.: Interest of a prescreening questionnaire to reduce the cost of bone densitometry. *Osteoporos Int* 2002, 13:434-442.
24. Wallace LS, Rogers E, Keenum AJ, et al.: Promoting osteoporosis screening in postmenopausal women. *Women Health Prim Care* 2003, 6:380-391.
25. Wehren LE, Siris ES: Beyond bone mineral density: can existing clinical risk assessment instruments identify women at increased risk of osteoporosis? *J Intern Med* 2004, 256:375-380.
26. Richy F, Ethgen O, Bruyere O, et al.: Primary prevention of osteoporosis: mass screening scenario or prescreening with questionnaires? An economic perspective. *J Bone Miner Res* 2004, 19:1955-1960.
27. Kanis JA, Borgstrom F, De Laet C, et al.: Assessment of fracture risk. *Osteoporos Int* 2005, 16:581-589.
28. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al.: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999, 282:1458-1465.
29. American Medical Association: Physicians in the United States and possessions by selected characteristics. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2688.html>. Accessed October 4, 2006.

## Komentarz

**Prof. dr hab. med. Roman Lorenc**  
Instytut „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

Omawiana praca nawiązuje do ciągle żywego i bardzo istotnego praktycznie zagadnienia – miejsca czynników ryzyka w algorytmie diagnostycznym osteoporozy, przy czym jako punkt docelowy tej procedury autorzy przyjmują wykonanie oznaczania densytometrycznego. Artykuł zawiera przegląd zastosowanych od 1990 roku i aktualnie dostępnych algorytmów postępowania (CDR, clinical decision rules) przekładających czynniki ryzyka na potrzebę wykonania badania densytometrycznego. Przedmiotem przeglądu są instrumenty badawcze (CDR) opisane jako SCORE, OST, OSIRIS, SOFSURE, NOF, ABONE, pBW, ORAI czy też WO-E, których podstawę stanowią różne konfiguracje czynników ryzyka. Porównanie analizowanych CDR z odpowiednimi wartościami densytometrycznymi analizowanych grup umożliwiło autorom porównanie czułości i specyficzności poszczególnych algorytmów, przy czym samo badanie densytometryczne dzięki ilościowej ocenie tzw. masy kostnej jest traktowane jako wykładnik ryzyka złamań i pośrednio osteoporozy. Lista analizowanych czynników ryzyka obejmuje spektrum powszechnie przyjętych elementów, takich jak: rasa, historia złamania, czynniki genetyczne, palenie tytoniu, reumatoidalne zapalenie stawów, wiek, terapia estrogenowa, oraz waga. W świetle tych ustaleń interesujące jest spostrzeżenie, że nawet algorytm OST zawierający kompilację informacji pochodzących z wieku i wagi, odzna-

czał się 88% czułością połączoną z 52% specyficznością, odnośnie selekcji pacjentów z niskim i poniżej -2,5 SD wartościami masy kostnej zmierzonej w lokalizacji szyjki kości udowej. Podsumowując, przeprowadzona analiza ujawniła podobny potencjał diagnostyczny poszczególnych algorytmów oraz pilną konieczność ich ujednoczenia. Autorzy wyrażają pełne poparcie dla prowadzonych pod egidą WHO i prof. Kanisa prac unifikacyjnych w tym zakresie, zwracając uwagę na istniejący szum interpretacyjny, który jak podają prowadzi aktualnie do szeregu nieporozumień, czego przykładem może być częste mylenie testu SCORE ze stosowanym w densytometrii T-scorem.

Podpisując się w pełni pod wyartykułowaną w pracy koniecznością uporządkowania tematyki czynników ryzyka złamań i wynikających z nich algorytmów postępowania, uważam jednak, że pewnym niedostatkiem pracy jest brak uściślenia miejsca i roli densytometrii w prowadzonym procesie diagnostycznym. W artykule densytometria urasta do roli „ziemi obiecanej”, podczas gdy w rzeczywistości stanowi wprawdzie istotny, ale tylko cząstkowy element prowadzonej diagnostyki. Dopiero zbiorcza informacja płynąca z kostnych czynników ryzyka w połączeniu z wartościami densytometrycznymi umożliwia podjęcie właściwej decyzji terapeutycznej, wybór odpowiedniego leczenia i jego monitorowanie. Taki właśnie sposób postępowania, o czym się często zapomina, jest celem zasadniczym i niezbędnym do wdrożenia leczenia. Prawidłowo postawione pytanie winno więc brzmieć nie „kto powinien mieć wykonane badanie DXA”, lecz jak wykorzystać informacje uzyskane w skryningu do zwiększenia siły interpretacyjnej badania DXA dla prawidłowej oceny ryzyka złamań i wyboru właściwego leczenia.