



## Sessiz hastalık gerçekliği ile birlikte ortaya çıkarsa; Düşük ve yüksek enerjili kırık sonrası kemik mineral yoğunluk testi ve osteoporoz tedavisinin prevalansı

Sayın Editör,

Derginizin 2013 yılı 47(5) sayısında yayınlanan Anghong ve ark.nın<sup>[1]</sup> "Düşük ve yüksek enerjili kırık sonrası kemik mineral yoğunluk testi ve osteoporoz tedavisinin prevalansı" isimli makalelerini büyük bir ilgiyle okuduk. Fakat, çalışma yanlış çıkarımlara yol açabilecek bazı metodolojik problemler ve yorumlar içermektedir.

Öncelikle, çalışmaya dahil edilme kriteri olarak hem düşük hem de yüksek enerjili travma nedeniyle kırık geçiren hastaların tamamının kırık sonrası DEXA inceleme olasılığını test etmek için uygun görülmesi tutarsızdır. Literatürde, yüksek enerjili kırıklarda osteoporoz görülme sıklığı çok daha azdır.<sup>[2-4]</sup> Bu nedenle ortopedik cerrahların bu hasta grubunda DEXA testi isteme olasılığı oldukça azdır. Ayrıca, yüksek enerjili kırık grubu sadece altı hastadan oluşmaktadır. Bu durum çalışmanın geçerliliğini sınırlamaktadır.

Bunun yanında, yazarlar sekonder osteoporoz nedeniyle komplike olabilecek ayak bileği, kalkaneus, proksimal humerus, tibia platosu kırıkları gibi tüm düşük enerjili kırıkları çalışmaya dahil etmişlerdir.<sup>[3,4]</sup> Çalışmaya dahil edilecek hastaları belirlerken literatür tabanlı kılavuzların kullanılması gerekmektedir. Sadece düşük enerjili kalça veya omurga kırıklı hastaların seçilmesiyle sonuçların daha iyi anlaşılması sağlanabilirdi.

Dikkatimizi çeken başka bir konu ise, menopoz sonrası tüm kadınların ve 50 yaş üstü erkeklerin KMY (Kemik mineral yoğunluğu) testi gereksinimi için klinik olarak değerlendirilmeleri tavsiye edilmektedir. Fakat, bu riskli hasta grubunda çoğunlukla klinik olarak teşhis konulabildiğinden düşük enerjili kırık sonrası DEXA incelemesi olmazsa olmaz bir gereklilik değildir. Bu hastalarda KMY incelemesi sadece hastalığın şiddetini ve kanıtlanmış tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmek için tavsiye edilmektedir.<sup>[4,5]</sup>

Osteoporoz düşük enerjili bir kırık nedeniyle komplike olmadığı müddetçe sessiz bir hastalıktır. Yazarların da belirttiği gibi bir çok hastaya osteoporozun önlenmesi ve risklerin belirlenmesi için teşhis amaçlı gerekli testle-

rin yapılması konusunda yeterli bilgilendirme yapılmamaktadır.

**Harun Reşit GÜNGÖR**

**Nusret ÖK**

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Denizli*

e-posta: hrgungor@gmail.com

### Kaynaklar

1. Anghong C, Rodjanawijitkul S, Samart S, Anghong W. Prevalence of bone mineral density testing and osteoporosis management following low- and high-energy fractures. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2013;47:318–22.
2. Kanis JA on behalf of the World Health Organization Scientific Group. Assessment of Osteoporosis at the Primary Health Care Level. 2008 Technical Report. University of Sheffield, UK: WHO Collaborating Center; 2008.
3. Tosteson AN, Melton LJ 3rd, Dawson-Hughes B, Baim S, Favus MJ, Khosla S, et al. Cost-effective osteoporosis treatment thresholds: the United States perspective. *Osteoporos Int* 2008;19:437–47.
4. Dawson-Hughes B, Tosteson AN, Melton LJ 3rd, Baim S, Favus MJ, Khosla S, et al. Implications of absolute fracture risk assessment for osteoporosis practice guidelines in the USA. *Osteoporos Int* 2008;19:449–58.
5. National Osteoporosis Foundation. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of osteoporosis. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2013.



Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu  
www.aott.org.tr adresinde  
doi: 10.3944/AOTT.2015.14.0001  
Karekod (Quick Response Code)