

## Pääkirjoitus

Reumaortopedian jakautuminen profylaktisiin ja rekonstruktiiivisiin toimenpiteisiin on muuttunut viimeisten 15 vuoden aikana. Solusalpaajat ja kombinaatiohoidot muuttivat tilannetta jo 1990-luvun alussa, ja samaan suuntaan vaikuttivat lisääntyneet nivelten paikallishoidot. 2000-luvulla käyttöön tulleet biologiset valmisteet ovat edelleen parantaneet konservatiivista hoitoa. Näin ollen varsinkin profylaktiset toimenpiteet ovat vähentyneet merkittävästi, ja reumaortopedin leikkauslistalle on tullut lisääntyvästi rekonstruktiiivisia toimenpiteitä. Nivelten puhdistukset ovat siirtyneet lisääntyvästi artroskooppisiin toimenpiteisiin, ja avoimia synovektomioita tehdään harvoin. Nivelsynovektomiat ovat vähentyneet enemmän kuin jännepuhdistukset. Meidän on edelleen syytä muistaa ja priorisoida varsinkin karpaalikanavan ja koukistajajänteiden puhdistustoimenpiteet.

Reumaortopedia on tiimityötä, jossa leikkaavan lääkärin lisäksi tärkeää roolia näyttävät reumatologit tai lastenreumatologit sekä fysio- ja toimintaterapeutit muun hoitohenkilökunnan ohella. Reumaortopediset rekonstruktiot erikoisproteeseineen ja luunsiirtoineen vaativat todella vankan ammattitaidon. Vieläkin tärkeämpää on yhteistyössä arvioida, milloin leikataan ja milloin on syytä hoitaa konservatiivisesti. Reumaortopedin on tunnistettava leikkausten tärkeysjärjestys ja kombinaatiomahdollisuudet leikkaussarjan lyhentämiseksi ja hospitalisaatiokertojen vähentämiseksi. Jokaiselle reumaortopediselle potilaalle on laadittava kirurginen hoitosuunnitelma ja sitä on päivitettävä tilanteen muuttuessa. Nivelreumakirurgiaa hoidetaan Suomessa lukuisissa sairaaloissa, joissa ei ole kunnolla mahdollisuuksia konservatiiviseen yhteistyöhön eikä asianmukaiseen jälkihoitoon. Reumakirurgia on syytä keskittää muutamaan keskukseen maassa ja harvinaisemmat rekonstruktiot vieläkin harvempiin paikkoihin.

Reumaortopedia on vaarassa hajaantua useampaan osaan: neurokirurgit hoitavat pääasiallisesti reumakaularangan ja käsikirurgien intresseissä on varsinaisen käden alueen ja myös yläraajan reumakirurgia. Lisäksi vallalla on suuntaus antaa vastuuta ja koulutusta nivelkohtaisesti siten, että olkakirurgi hoitaa kaikki olkapääasiat, mukaan lukien artroskooppiset toimenpiteet ja tekonivelkirurgian sekä nivelrikossa että -reumassa. Sama suuntaus on esillä myös kyynärnivelessä, ranteessa ja nilkassa. Tällöin unohtuu helposti reumapotiilas yksilöllisine tarpeineen, ja häneen kiinnitetään huomiota vain sairaina nivelinä. Kuka ottaa vastuun kokonaishoidosta, kuka määrittää leikkaustarpeet ja leikkausjärjestyksen ja leikkausten väliset toipumisajat? Reumatologi ei voi näistä kaikista vastata. Mielestäni tarvitsemme edelleen korkean tason reumaortopediää ja toimenpiteiden keskittämistä. Tällä hetkellä ei ole kunnolla näyttöä mitä vauhtia rekonstruktiiiviset toimenpiteet tulevat jatkossa vähenemään vai säilyykö taso nykyisellään?

Syksyllä 2005 piti Suomen Reumaortopediyhdistys koulutustilaisuuden Turussa, jossa pidettiin useita korkeatasoisia esityksiä. Tämä numero koostuu etupäässä siellä pidetyistä esityksistä. Lisäksi rohkenin ottaa mukaan valtakunnallisesti merkittävien reumaortopedien tekemän laajemman katsauksen, jota kyllä jouduin merkittävästi stilisoimaan ja yhdenmukaistamaan. Tämä toimii johdantoesityksenä aiheeseen.

*Eero Belt  
Reumasäätöön sairaala*