

Det var nog inte polio som drabbade Franklin D Roosevelt

■ I dessa tider när polio förhoppningsvis snart är utrotad tack vare utmärkta vacciner och omfattande vaccinationskampanjer läser jag något som mycket nära uppfyller kraven på begreppet »ödets ironi«.

Den sjukdom som drabbade Franklin D Roosevelt i mogen ålder var kanske inte polio, vilket hans läkare och därmed historien har hävdad. Roosevelts storartade arbete mot polio gav bl a upphov till »the March of Dime«, en insamling som i sin tur ledde till utvecklingen av vacciner mot polio. Men kanske hade han i själva verket Guillain-Barrés syndrom (GBS), en åkomma som den tidens läkare knappt kände till.

Forskare vid University of Texas har gått igenom presidentens personliga brev, medicinska journaler och biografier som beskriver den sjukdom Roosevelt drabbades av år 1921, 39 år gammal. Armond Goldman, professor emeritus i pediatrik, och hans kollegor har funnit att en del av presidentens symtom är ovanliga vid polio men passar bättre med diagnosen GBS. Deras påstående baseras på hur (o)vanligt det vid den tidpunkten var med polio hos personer i presidentens ålder och på hur ofta hans symtom förekommer vid respektive sjukdom.

Den slappa pares som under knappa två veckors tid spreds på båda sidor av kroppen från benen uppåt till bröstkorget stämmer bättre med GBS än med

Kanske hade president Roosevelt i själva verket Guillain-Barrés syndrom. Här i samtal med Winston Churchill.

polio där paresen kommer inom tre till fyra dygn och oftast drabbar den ena sidan mer än den andra. Polio var visserligen mycket vanlig vid den tiden men drabbade sällan någon äldre än 30 år. Roosevelt hade också en övergående facialispares, problem från blåsa och tarm samt uttalad smärta vid beröring, allt symtom som är ovanliga vid polio.

Under hans tid som president (han valdes fyra gånger) försökte man dölja hans pares för allmänhetens ögon, men hans kamp blev en inspirationskälla för många med olika handikapp.

Goldmans påståenden har inte förbli-

FOTO: PRESSENS BILD

vit oemotsagda. Man menar t ex att Roosevelt hade en omfattande läkarstab omkring sig och att han utsattes för en mångfald terapeutiska åtgärder som borde ha kunnat medföra viss förbättring om det nu rört sig om GBS: »It's like rewriting history.«

Men Goldman menar i sin tur att presidentens läkare kanske inte kände till GBS, som fått namnet efter de läkare som 1916 beskrev sjukdomen hos två franska soldater. Och om de hade hört talas om GBS kände de inte till de terapier som idag finns att tillgå. De

aktuella läkarna hörde till sin tids främsta och kan på inget sätt sägas ha begått något misstag. Även idag, säger Goldman, finns sjukdomar som vi inte känner orsaken till men där kommande generationer kan komma lösningen på spåren. Vi är alla fångar av vår tid!

Leif Gothefors

leif.gothefors@vll.se

Goldman AS, et al. What was the cause of Franklin Delano Roosevelt's paralytic illness?

J Med Biogr 2003;11(4):232-40.

Jämförelse mellan screeningmammografi i USA och Storbritannien

■ Rebecca Smith-Bindman och medarbetare vid bl a University of California och University of London har jämfört mammografiscreening i Storbritannien och USA. I Storbritannien sker nästan all mammografihälsokontroll i statlig regi under en ledning, medan det i USA framför allt sker i privat regi inom diverse hälsoorganisationer eller hälso centra.

Författarna studerade skillnaderna rörande utförande och resultat mellan ländernas brösthälsokontrollverksamhet. Två nationella screeningprogram i USA jämfördes med Storbritanniens nationella program (NHSBSP). I studien, som pågick mellan 1996 och 1999, ingick 5,5 miljoner kvinnor över 50 år.

Resultaten visade att man procentuellt fann lika många maligna förändringar i båda länderna. Återkallelsefrekvensen för ytterligare utredning var dubbelt så hög i USA som i Storbritannien. Antalet biopsier var procentuellt sett lika i de båda länderna, men i Storbritannien utfördes fler perkutana nålbiopsier,

medan andelen diagnostiska kirurgiska biopsier var större i USA. De kirurgiska biopsierna var två till tre gånger så ofta negativa i USA som i Storbritannien.

Enligt författarna kan de höga återkallningstalen i USA till viss del bero på det legala systemet med frekventa stämningar. Mammografiläkare i USA behöver bara granska 480 mammografiundersökningar/år för att uppnå godkända kvalitetsmål, medan britterna måste granska 5 000 fall/år. Dubbelgranskning sker i över 90 procent av fallen i Storbritannien men är ganska sällsynt i USA.

Författarna menar att den viktigaste anledningen till skillnaderna är brittiska NHSBSPs nationella kvalitetskontrollprogram med bestämda minimikrav, s k guidelines, med regelbundna uppföljningar av data både nationellt och lokalt. Om målen inte uppnås sker kvalitetsgranskning av screeningcentret och av enskilda radiologer. Det finns ett organiserat utbildnings- och utvecklingspro-

gram. I USA däremot finns endast icke-bindande rekommendationer utan organiserad uppföljning.

Författarna konkluderar att ansträngning bör göras inom USAs screeningverksamhet för att minska antalet återkallade patienter utan att minska antalet upptäckta cancerfall. Detta skulle både sänka kostnaderna för mammografiscreeningen och minska antalet falskt positiva fall.

Förvånande nog rekommenderar de däremot inte att ett organiserat nationellt kvalitetsprogram av samma modell som i Storbritannien skall införas i USA.

Karin Leifland

karin.leifland@capio.se

Smith-Bindman R, et al. Comparison of screening mammography in the United States and the United Kingdom. JAMA 2003;290(16):2129-37.