

546-2/fulltext keine Vorteile für ein erweitertes Screening.

Quintessenz

- Nach vorliegenden Daten liegt bei 0,04 % aller Patienten mit einer Thromboembolie unklarer Ätiologie ein Karzinom zugrunde (frühere Schätzungen haben sich als zu hoch erwiesen).
- Fasst man die Ergebnisse bisheriger Studien zusammen, gibt es bei diesen Patienten keine ausreichenden Belege für die Sinnhaftigkeit einer erweiterten Diagnostik. Das sollte man aber nicht mit der Aussage verwechseln, dass eine zweifelsfreie Evidenz gegen ein solches Vorgehen existiert.
- Zwar empfiehlt das britische NICE (*National Institute of Health and Care Excellence*) neben der Basisdiagnostik, „ein erweitertes Malignomscreening mit CT von Abdomen und Becken bei allen Patienten > 40 Jahren (plus Mammografie bei Frauen) zu erwägen“. Diese Leitlinie stammt aber aus dem Jahre 2012 und konnte daher keine der hier aufgeführten Studien berücksichtigen. Dass die Empfehlungen bis heute, fünf Jahre später, noch nicht geändert oder zumindest modi-

fiziert wurden, mutet etwas eigen-tümlich an.

- Betroffenen Patienten, die sich nach entsprechender Information gegen eine erweiterte Karzinomsuche aussprechen, kann man eine sog. einfache Diagnostik anbieten: Das NICE hat das (2012) in der folgenden Grafik dargestellt.

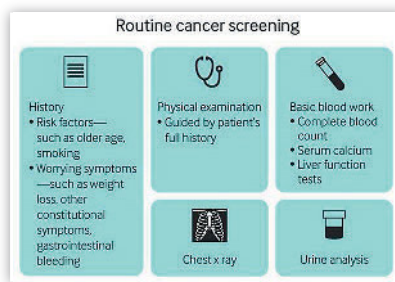


Abbildung 2 Routine cancer screening

- Hierzulande würde man wahrscheinlich noch eine Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane anschließen, obwohl der Nutzen dieser Option bislang nicht ausreichend untersucht wurde.
- Die Autoren der hier dargestellten Literaturanalyse empfehlen zusätzlich zur Basisuntersuchung auch noch ein

„Krebsscreening je nach nationalen Empfehlungen“ (in der Praxis heißt das: Kolonkarzinomscreening, Mammografie, Pap-Abstrich und PSA-Test). Abgesehen von der Tatsache, dass nationale Leitlinien nicht immer automatisch mit wissenschaftlicher Evidenz gleichzusetzen sind: Zumindest beim PSA mit seiner bekannt hohen Anzahl von falsch-positiven Resultaten und den fast immer folgenden, risikobehafteten Biopsien (von unnötigen Behandlungen ganz zu schweigen) überkommt mich ein ziemlich mulmiges Gefühl ...

- Bei gebotener Aufmerksamkeit für neue Symptome wird bis auf Weiteres eine jährliche Kontrolle der Basisuntersuchung empfohlen – auch für diese Empfehlung fehlen wissenschaftliche Belege!

Khan F, Vaillancourt C, Carrier M. Should we screen extensively for cancer after unprovoked venous thrombosis? *BMJ* 2017; 356: j1081

Die am Anfang zitierte Arbeit derselben Autoren aus dem *New England Journal of Medicine* (2015) finden Sie frei unter www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1506623. Die Empfehlungen des NICE (2012) kann man nachschlagen unter www.nice.org.uk/guidance/cg144/chapter/Recommendations#investigations-for-cancer-2.

Cyberattacken auf dem Vormarsch: Was Sie selbst tun können

Cyber Attacs Being on the Rise: What You Can Do Yourself

Nachrichten über sog. Cyberattacken zählen inzwischen zum Alltag. Vor gut einem Jahr war insbesondere das britische Gesundheitssystem betroffen. Etliche Rechner wurden durch sog. Ransomware lahmgelegt: Schadprogramme, die Computer infizieren, sperren und dann Geld dafür verlangen, das System wieder zu entsperren.

Hausärzte in England mussten Patientendaten tagelang mit „Bleistift und Papier“ dokumentieren und Rezepte per Hand ausschreiben.

Es soll immer noch Zeitgenossen geben, die meinen, das könne sich hierzulande nicht ereignen, gleichzeitig aber mit beeindruckendem Leichtsinne ihre EDV bedienen.

Die diesbezüglich wichtigsten (aber keineswegs vollständigen) Sicherheits-

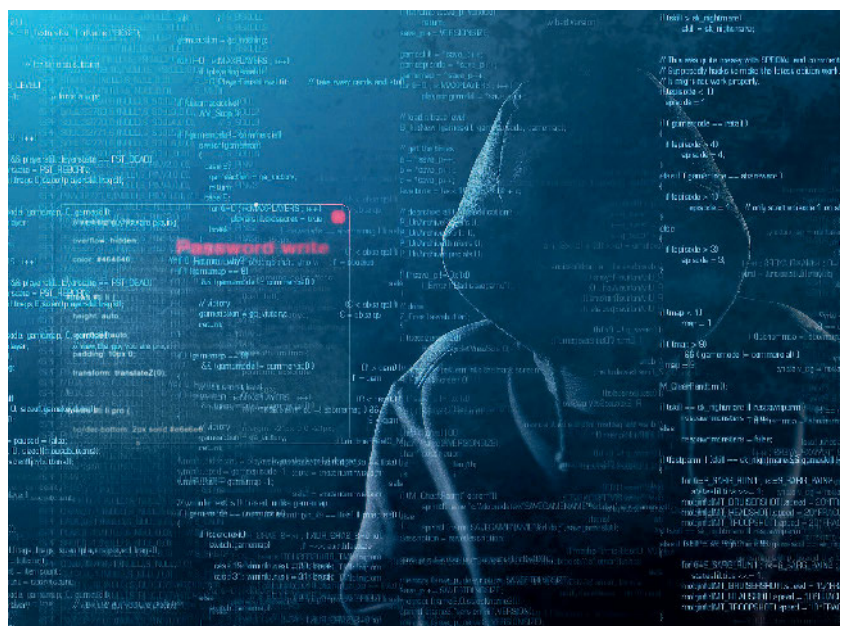


Foto: © Griebstock/stock.adobe.com

aspekte sind natürlich ausnahmslos allen Benefit-Leser/innen bekannt. Trotzdem seien sie nochmals aufgeführt:

- Nutzung eines gut bewerteten (z.B. Stiftung Warentest) Virusscanners, der sich automatisch aktualisiert.
- Eingeschaltete Firewall (die meisten Betriebssysteme haben eine solche integriert)
- Nutzung eines Betriebssystems, das von der Herstellerfirma mit regelmäßigen – automatisierten – Aktualisierungen versorgt wird (bei Umfragen wird nicht selten festgestellt, dass hier erhebliche Wissenslücken bestehen; z.B. wird Windows XP und ab 2020 auch Windows 7 nicht mehr unterstützt, womit sich Sicherheitsrisiken aufbauen).
- Bei E-Mails von unbekanntem oder verdächtig erscheinenden Absendern niemals Anhänge öffnen oder Links anklicken. Elektronische Nachrichten, die in den Abfall gehören, sollte man nicht einfach löschen (sie kommen

wieder!), sondern auf dem Server seiner Providers sperren – auch das ist allerdings keine 100%ige Garantie gegen Wiederholungen.

- Wer sich auf diversen Webseiten (z.B. Onlineshops, Theater) einträgt, wird oft immer noch dazu aufgefordert, ein Passwort von mindestens acht Zeichen einzugeben, das Groß- und Kleinbuchstaben, Zahlen und Sonderzeichen enthält. Solche Seiten sind – im Gegensatz zu Banken oder Zahlungssystemen wie Paypal – natürlich unkritisch. Die Aufforderung zeigt aber, dass die Betreiber von Passwortsicherheit keine Ahnung haben und nur die „Weisheiten“ des letzten Jahrzehnts nachplappern. Das ist genauso unsinnig wie der angebliche Nutzen von regelmäßigen Passwort-Änderungen
- Über den Nutzen von Passwort-Managern gibt es geteilte Meinungen. Etlliche gute Programme sind kostenlos erhältlich.

- Wie die Süddeutsche Zeitung schreibt, ist es viel besser, eine leicht zu merkende Passphrase, also einen „Satz“, zu kreieren als ein einzelnes Passwort. Wörtlich heißt es „nicht jede Phrase aus mehreren Wörtern ist dafür geeignet. „Sein oder Nichtsein, das ist hier die Frage“ ist ein langes Passwort, aber kein gutes. Denn der Spruch aus Shakespeares Hamlet ist sehr bekannt: Viele Hackerprogramme haben Sprüche oder andere prominente Sätze bereits eingespeichert und probieren sie durch. Auch persönliche Daten haben in einem Passwort nichts zu suchen, denn sie könnten erraten werden. „Mein Hund heißt Fifi“ oder „Ich wohne in Berlin“ sollte man daher nicht verwenden.

Der Text ist frei verfügbar unter www.sueddeutsche.de/digital/it-sicherheit-das-sind-die-fuenf-groessten-passwort-mythen-1.3489400.

Antidepressive Behandlung – nicht abrupt beenden, sondern ausschleichen!

Antidepressive Treatment – Don't Terminate Abruptly, But Taper!

Dass man eine antidepressive Behandlung mit Selektiven Serotonin- (SSRI) und/oder Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI) nicht abrupt beenden, sondern ausschleichen soll, ist weithin bekannt:

- Je länger die Therapie dauerte,
- je höher die Dosis und
- je kürzer die Halbwertszeit des betreffenden Medikamentes war,
- desto wichtiger erscheint die Empfehlung, auszuschleichen (bei einer Dauer unter vier Wochen kommt es nur selten zu Beschwerden).

Für die Symptome, die bei einem solchen „Entzug“ (*antidepressant discontinuation syndrome*) auftreten können, haben angelsächsische Autoren eine Eselsbrücke namens **FINISH** kreiert:

- Flu-like symptoms (lethargy, fatigue, headache, achiness, sweating),
- Insomnia (with vivid dreams or nightmares),
- Nausea (sometimes vomiting),

- Imbalance (dizziness, vertigo, lightheadedness),
- Sensory disturbances (“burning,” “tingling,” “electric-like” or “shock-like” sensations) und
- Hyperarousal (anxiety, irritability, agitation, aggression, mania, jerkiness). Sexuelle Störungen können hinzutreten.

Unter der Überschrift „Five Things To Know About“ haben zwei kanadische Psychiater die wichtigsten Fakten auf einer Druckseite zusammengefasst:

- www.cmaj.ca/content/cmaj/189/21/E747.full.pdf

Wer sich noch schneller informieren möchte, könnte einen Blick auf den Textkasten werfen.

- Tapering may not be necessary for patients taking an antidepressant for less than four weeks or those who are taking fluoxetine.
- Faster tapering may be possible in cases where doses are low.
- Antidepressants with short half-lives need to be tapered gradually; however, gradual tapering may not prevent the syndrome in all cases.
- Patients should be reassured that symptoms are reversible, not life-threatening and usually self-limiting.
- Switching to fluoxetine when considering stopping another antidepressant may be helpful in some cases.
- If symptoms are severe, the drug should be reintroduced and a slower taper started.

Textkasten Prevention and management of antidepressant discontinuation syndrome [Gabriel M, Sharma V. Antidepressant discontinuation syndrome. CMAJ 2017; 189: E747]