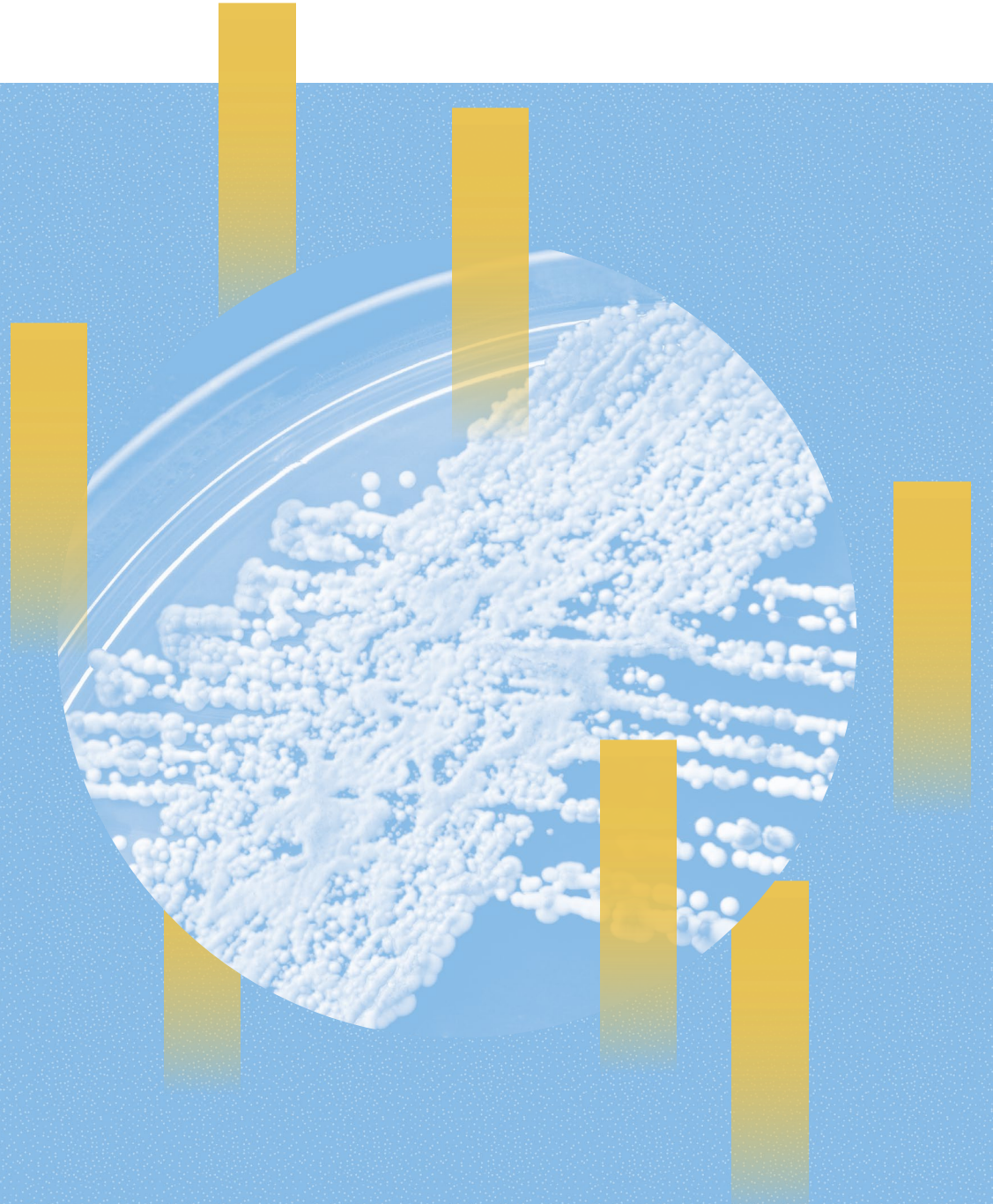


**Diagnostik von
Candidozyma auris
(früher *Candida auris*)
bei Labor Berlin**



Allgemeines



Candidozyma auris (früher *Candida auris*) ist eine multiresistente Spross-(Hefe)pilzart, die weltweit als bedeutender nosokomialer Erreger gilt. Patientinnen und Patienten werden zumeist mit *C. auris* kolonisiert; der Erreger kann jedoch auch invasive Infektionen verursachen, insbesondere bei immungeschwächten und intensivmedizinisch behandelten Patientinnen und Patienten (Mortalität 30-60%).

Charakteristisch sind die hohe Umweltpersistenz, die leichte Übertragbarkeit im Krankenhaus mit schwer kontrollierbaren Ausbrüchen, häufige Resistenzen gegen Antimykotika sowie eine Unempfindlichkeit gegenüber Desinfektionsmitteln auf Basis von quartären Ammoniumverbindungen.

Der Pilz wurde erstmals 2009 in Japan aus dem Gehörgang einer Patientin isoliert.



Abb.1: Pilz in einer Petrischale

Verbreitung, Vorkommen und Resistenz



Verbreitung

Weltweite Verbreitung mit Ausbrüchen auf allen Kontinenten.

Besonders betroffen sind:

- Asien
- Afrika
- Europa
- Nord- und Südamerika

In Europa treten zunehmend nosokomiale Ausbrüche auf. Es sind mehrere genetische Kladen mit regionaler Verteilung bekannt. Die WHO ordnet *C. auris* der Kategorie der Pilze mit „kritischer Priorität“ zu, da der Erreger eine ernsthafte Bedrohung für die öffentliche Gesundheit darstellt.

Vorkommen

Hauptsächlich in Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen)

Bevorzugte Kolonisationsorte sind:

- Haut (Leiste, Axilla, Interdigitalräume)
- Gehörgang
- Schleimhäute

Kann lange auf Oberflächen und Medizinprodukten überleben z.B. auf:

- Bettgittern, Monitoren, Kathetern, Thermometern, Visitenwagen etc.)

Seine Fähigkeit Biofilme zu bilden kann zu einer erhöhten Umweltpersistenz und einer verminderten Empfindlichkeit gegenüber Desinfektionsmitteln führen Übertragung überwiegend:

- durch direkten Patientenkontakt
- über kontaminierte Flächen und Hände des Personals

Resistenz

Häufig resistent gegen:

- Fluconazol (ca. 80%)

Teilweise resistent gegen:

- Amphotericin B
- Echinocandine

Es existieren multiresistente und panresistente Isolate.

Eine Resistenztestung ist bei V.a. Infektion immer erforderlich. Bei nachgewiesener Empfindlichkeit gelten Echinocandine als Mittel der Wahl.



Hygienemaßnahmen

- Strikte Kontaktisolation
- Unterbringung im Einzelzimmer empfohlen
- Konsequente Händehygiene
- Tragen von Schutzkittel und Handschuhen

Flächendesinfektion

- Alkohol-basierte Desinfektionsmittel
- Chlorhaltige Desinfektionsmittel
- Wasserstoffperoxid-basierte Verfahren
- Peressigsäure

Zu beachten:

- Teilweise verminderte Wirksamkeit quaternärer Ammoniumverbindungen
- Lange Überlebensfähigkeit auf trockenen Oberflächen

Diagnostik

- Kultur auf Selektivnährboden mit anschließender Identifizierung mittels MALDI-TOF oder Sequenzierung und Resistenztestung

Probenmaterial

Bei Verdacht auf Infektion, z.B.:

- Blutkulturen
- Wundabstriche

Bei Screening (in Absprache mit dem Hygiene-Team):

- Hautabstriche (auch gepoolt) von Axilla, Leiste, Nabel, Handinnenfläche, Interdigitalräume
- Rektalabstrich
- Wundabstrich

Beim Erstnachweis wird eine Abschätzung des Kolonisationsumfangs empfohlen: Zusätzlich können auch Sputum bzw. Tracheobronchialsekret und Urin untersucht werden.

Wichtig!

Die Dauer der Besiedelung beträgt in der Regel mehrere Monate. Zeiten von 8 Monaten und länger sind möglich.

Ein etabliertes Dekolonisationsverfahren steht nicht zur Verfügung.

Fachbereich Mikrobiologie & Hygiene

Direktor: Prof. Dr. Andreas Diefenbach

Leitung: Dr. Andreas Knaust

Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH

Sylter Straße 2

13353 Berlin

www.laborberlin.com

Kontakt:

Dr. Barbara Graf

Leitung Mykologie

Barbara.Graf@laborberlin.com

