



Candida albicans-Antigen

Material	<u>Serum</u> , 1 <u>mL</u>
Referenzbereich	nicht nachweisbar
Methode	<u>AGGL</u>
Störfaktoren	Kreuzreaktionen mit anderen Sprosspilzen
Qualitätskontrolle	<u>Zertifikat</u>
Anforderungsschein	<u>Download</u> und <u>Analysenposition</u>
Auskünfte	<u>Mikrobiologie</u>
Analysenkosten	<u>EBM</u> , <u>GOÄ</u>
Indikationen	Siehe Klinik
Erreger	Candida albicans ist ein fakultativ pathogener 4 - 8 μm großer Sprosspilz. Die Gattung Candida umfasst etwa 150 Arten. Am häufigsten (80 % der Candida-Mykosen) kommt Candida albicans vor.
Epidemiologie	Hauptreservoir von C. albicans sind Tiere und der Mensch, bei denen der Erreger als Saprophyt auf den Schleimhäuten des Gastrointestinaltraktes und Urogenitaltraktes vorkommt. Bei Änderung der lokalen oder allgemeinen Abwehrlage ist dieses Gleichgewicht gestört und aus der Besiedlung wird eine Infektion. Begünstigende Faktoren für eine Candidiasis sind HIV-Infektion, Immunsuppression, intravasale Katheter, Breitbandantibiotika, anti-neoplastische Chemotherapie, Granulozytopenie, Verbrennungen, Drogenabusus und hämatologische Erkrankungen. Die meisten Infektionen sind endogen ausgelöst, eine Übertragung von Mensch zu Mensch durch Schmierinfektionen ist aber möglich.
Klinik	<p>Unterschieden werden oberflächliche (Haut, Schleimhaut, Nägel) und invasive, systemische Infektionen. Bei Befall der Schleimhäute (z. B. Mundhöhle, Ösophagus, Vagina) entwickelt sich der Soor, weißliche Beläge, deren Untergrund beim Abwischen leicht bluten kann. Die Candida-Ösophagitis, die mit Dysphagie, retrosternalen Schmerzen und Brennen einhergehen kann, tritt insbesondere bei HIV-Infizierten und Leukämie-Patienten auf. Hautinfektionen durch Candida erscheinen als starke Rötung mit Juckreiz vor allem in Hautfalten.</p> <p>Invasive Candidosen werden gehäuft als opportunistische Infektionen gefunden. Sie treten als endogene Infektion zumeist bei schwer kranken Patienten auf.</p> <p>Eine Candida-Sepsis folgt auf eine Einschwemmung der Erreger in die Blutbahn (von lokalem Schleimhautbefall oder Verweilkathetern ausgehend). Insbesondere bei Patienten mit Neutropenie siedeln sich die Erreger vorwiegend in Niere, Gehirn, Myokard, Auge sowie Milz und Leber an, wo multiple Mikroabszesse entstehen können.</p> <p>Die Candida-Meningitis entsteht entweder im Rahmen einer disseminierten Candidiasis oder als Folge einer Besiedlung von intrakraniellen Kathetern. Sie verläuft meistens subakut mit nur milden Kopfschmerzen bei leichtem oder ohne Fieber. Der Liquor zeigt eine Pleozytose (vorwiegend Lymphozyten) mit erhöhtem Protein- und erniedrigtem Glucosegehalt.</p> <p>Die Candida-Pneumonie kann sehr selten im Rahmen einer Candida-Sepsis entstehen. Sie bietet das Bild einer atypischen Pneumonie. Bei Herzklappen-Verschädigung und Drogenabhängigen kann auch eine Candida-Endokarditis auftreten.</p>
Erregernachweis	Die diagnostische Methode der Wahl ist der molekulargenetische Nachweis des Erregergens mittels NAT aus Abstrichen, EDTA-Blut, BAL oder Liquor.



Candida albicans-Antigen

Diagnostik

bakteriologisch: Mikroskopischer Nachweis aus Abstrichen, BAL, Blutkultur mit anschließender Anzucht. Nachweis von Candida-Antigen im Serum bei v. a. invasive Candidose (Nachweis nicht so spezifisch und weniger sensitiv wie der Erregernachweis mittels NAT) oder als Überwachung Mykose-gefährdeter Patienten.

serologisch: Bestimmung von Candida IgG und IgM im Serum. Die Einzelbestimmung von Antikörpern gegen Candida albicans ist in der Regel ohne Aussagewert. Untersuchung der Antikörper in 7 bis 14-tägigem Abstand empfohlen. IgM-Antikörper bei manifesten Infektionen erhöht.

E. Müller, H.-P. Seelig