

## HINWEISE ZUR PROBENGEWINNUNG

### Abstrich allgemein

- Hinweise gelten für Augen-, Nasen-, Rachen-, Vaginal-, Urethra-, Wund- und Anus-Abstriche.
- Eine Sekretabnahme sollte möglichst vor Anwendung von lokalen Desinfektionsmitteln, Anästhetika oder Antibiotika erfolgen, ggf. 4 – 6 h danach.
- Sekrete gezielt aus dem Infektionsbereich gewinnen und die Kontamination mit der Standortflora möglichst vermeiden
- Bei trockenen Entzündungsformen ist der Tupfer vorher mit steriler Kochsalzlösung anzufeuchten.
- Immer nur im Transportmedium zum Schutz vor Austrocknung und Sauerstoff (anaerobe Keime) transportieren und kühl lagern.
- Die Untersuchung umfasst die aerobe kulturelle Diagnostik, ggf. auch Anaerobier (Otitis media, Sinusitis), einschließlich der Resistenztestung potentiell pathogener Erreger.
- Bei eingeschränkter Anforderung „hämolisierende Streptokokken“ oder „MRSA“ oder „MRGN“ erfolgt nur diese gezielte kulturelle Untersuchung.
- Bei Verwendung des eswab-Tupfers kann für PCR-Untersuchungen das gleiche Röhrchen wie für Kulturen verwendet werden. Ein zweiter Abstrich ist nicht notwendig.

### Rachenabstrich

Bei Scharlach, Angina, Influenza (PCR), Pertussis (PCR, tiefer Nasopharynxabstrich hat die höchste Sensitivität), RSV (Antigen/PCR). Ermittlung von Keimträgern mit z. B. Staphylococcus aureus (MRSA), Streptococcus pyogenes. Bei V. a. Meningokokken oder Haemophilus influenzae ist ein Nasopharyngealabstrich einem Rachenabstrich vorzuziehen

- Zunge mit Spatel herunterdrücken.
- Abstrich von Tonsillen, Flächen mit Exsudaten, Ulcerationen oder Entzündung unter kräftigem Druck drehen. Tupfer in Transportmedium einsenden.
- Verunreinigungen mit Speichel vermeiden.
- V. a. Angina Plaut-Vincent (Fusospirochätose) bitte vermerken.

## Nasenabstrich/Nasopharyngealsekret

Bei Scharlach, Angina, Influenza (PCR), Pertussis (PCR, tiefer Nasopharynxabstrich hat die höchste Sensitivität), RSV (Antigen). Ermittlung von Keimträgern mit z. B. Staphylococcus aureus (MRSA, Nasenabstrich), Streptococcus pyogenes, Meningokokken. Bei V. a. Meningokokken oder Hämophilus influenzae ist ein Nasopharyngealabstrich einem Rachenabstrich vorzuziehen. Die besten Ergebnisse werden mit Nasopharyngealsekret erzielt.

- Abstrich vom Vestibulum nasi aus entzündlich veränderten Arealen vornehmen.
- Material der Wahl zur Sinusitis-Diagnostik sind Punktate oder Nebenhöhlen-Spülflüssigkeiten. Die Standortflora im Nasengang enthält als Kolonisatoren auch potentielle Pathogene.
- Nasopharyngealabstriche durch die Nase entnehmen, nicht durch die Mundhöhle.
- Bei Verwendung des eswab-Tupfers kann für PCR-Untersuchungen wie Influenza, Pertussis, Chlamydien das gleiche Röhrchen wie für Kulturen verwendet werden. Ein zweiter Abstrich ist nicht notwendig.

## Ohrabstrich und -Sekret

Bei Otits externa und Otitis media (Paukensekret!). Ermittlung potentieller Pathogene

- Die Besiedelung des Gehörgangs spiegelt nicht sicher die Erreger im Mittelohr bei Otitis media wieder!
- Ohrabstriche möglichst unter Sicht vornehmen.
- Mittelohrsekret mit Abstrichtupfer oder Spritze aufnehmen. Kontakt mit dem Gehörgang vermeiden.

## Augenabstrich/Konjunktivalabstrich

Zur Erregeridentifizierung bei Konjunktivitis

- Antimikrobielle Augentropfen/-salben absetzen.
- Haut periorbital reinigen.
- Für Konjunktivalabstrich Unterlid anheben und den mit 0,9% NaCl befeuchteten Tupfer mit kurzen, festen Strichen in einer Richtung über die Bindehaut streichen.
- Lidränder nicht berühren (Kontaminationsgefahr).

- Bei Ulcera Abstrich vom Geschwürsrand entnehmen.
- Konjunktivalabstriche ohne Lidrandberührung und ohne Lokalanästhetika (antibakterielle Zusätze) abnehmen.
- V. a. Dakryozystitis bitte vermerken (Aktinomyzeten).

### Wundabstriche

Identifizierung und Resistenzbestimmung für Erreger von oberflächlichen und tiefen Infektionen von Haut und Weichteilen. Kultur auf Hefen.

- Abszesse: perkutane Punktion nach Hautdesinfektion oder Inzision und Aufnahme von Sekret mit Spritze.
- Flüssiges Material > 2 ml ist wesentlich besser geeignet als Abstriche.
- Verunreinigungen wie Salbenreste bitte vorher beseitigen. Lokalanästhetika wirken antimikrobiell.
- Ulzerationen: um Oberflächenkolonisatoren zu reduzieren, sollte Material mit leichtem Druck v.a. aus Randbereichen und dem Wundgrund nach Belagentfernung entnommen werden.
- Abstriche von Fistelöffnungen oder Wundoberflächen bringen keine klinisch relevanten Resultate (Hautflora).
- Bei trockenen Wunden kann ggf. Material exzidiert werden.
- Verdacht auf spezielle Erreger bitte vermerken: V. a. Nocardien, Aktinomyzeten, Mykobakterien, Dermatophyten und Schimmelpilze, Legionellen (postoperative Wundinfektionen).
- Genauen Entnahmeort angeben.
- Umgehender Transport ins Labor. Ggf Abstrich bei 4°C aufbewahren.

### Genitalabstriche

siehe gesondertes Merkblatt „Genitalabstriche“