

Vlaamse versie: 01.2020

Inhoudstafel

1	Algemeen	3
2	Ziekte	3
2.1	Verwekker	3
2.2	Pathogenese	3
2.3	Incubatieperiode	3
2.4	Ziekteverschijnselen	4
2.5	Verhoogde kans op ernstig beloop	5
2.6	Immuniteit	5
3	Diagnostiek	5
3.1	Microbiologische diagnostiek	5
3.2	Overige diagnostiek	6
4	Besmetting	6
4.1	Reservoir	6
4.2	Besmettingsweg	6
4.3	Besmettelijke periode	6
4.4	Besmettelijkheid	7
5	Desinfectie	7
6	Verspreiding	7
6.1	Verhoogde kans op infectie	7
6.2	Verspreiding in de wereld	8
6.3	Voorkomen in België	8
7	Behandeling	8
7.1	Gelijktijdig behandeling van de patiënt en de contactpersonen (behandelgroep)	8
7.2	Hygiënische maatregelen	9
8	Preventie	9
8.1	Immunisatie	9
8.2	Algemene preventieve maatregelen	9
9	Maatregelen naar aanleiding van een geval	10
9.1	Bronopsporing	10
9.2	Contactonderzoek	10
9.3	Maatregelen ten aanzien van patiënten en contacten	10
9.3.1	<i>Gewone scabiës</i>	10
9.3.2	<i>Scabiës crustosa/norvegica</i>	11
9.3.3	<i>Praktische aanpak</i>	11
9.4	Profylaxe	11
9.5	Wering van werk, school of kinderdagverblijf	11
10	Overige activiteiten	12
10.1	Meldingsplicht	12
10.2	Inschakelen van andere instanties	12
10.3	Andere Protocollen en richtlijnen	12
10.4	beschikbaar voorlichtings- en informatiemateriaal	12
10.5	Literatuur	12

1 Algemeen

Scabiës heeft de mensheid vermoedelijk geteisterd sinds de oudheid. [1,2] De veroorzakende mijt was al eeuwen bekend voordat zij als zodanig werd gezien. Aristoteles beschreef de mijten als 'luizen die blaasjes veroorzaken'. In 1634 verscheen een boek van Thomas Moffet, waarin hij zich verwondert over het kleine beestje dat lange gangen in de huid graaft. [3,4] Ferdinand von Hebra toonde uiteindelijk in 1844 onomstotelijk aan dat de (huis)mijt, mits op de huid geplaatst, bij iedereen de huidziekte schurft veroorzaakt. [5]

2 Ziekte

2.1 VERWEKKER

Scabiës wordt veroorzaakt door de *Sarcoptes scabiei* (schurftmijt). De ziekte komt bij de mens en een groot aantal diersoorten voor. Er is verregaande gastheerspecificiteit, wat inhoudt dat een bepaalde mijt slechts op één diersoort langdurig kan overleven. Schurft bij mensen wordt veroorzaakt door de *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* en heeft een ovaal, wit lichaam met een platte onder- en bovenkant en acht poten. De rug heeft borstels en stekels (denticuli) die helpen bij het graven van een gangetje in de opperhuid. Het vrouwtje wordt het meest gezien en is ongeveer 0,4 mm bij 0,3 mm groot; het mannetje is kleiner: 0,2 bij 0,15 mm. Het gangetje wordt door het volwassen vrouwtje gegraven en bevindt zich tussen het stratum corneum en stratum granulosum. Ze graaft met behulp van een secreet dat lysis van de hoornlaag en oppervlakkige cellen veroorzaakt. Het product daarvan vormt haar voedsel. Ze graaft 0,5 tot 5 mm per dag en een gangetje wordt maximaal 15 mm lang. In het gangetje vindt copulatie plaats, waarna het mannetje sterft. Gedurende de rest van haar vier tot zes weken durende leven legt zij in totaal veertig tot zestig eitjes. Na twee tot zeven dagen komt er een zespotige larve uit het ei die op de huid leeft. De larve maakt kleine gaatjes in haarfollikels of huidplooien om zich te voeden of te vervellen, waarna hij overgaat in de achtpotige nymfefaase. Na enkele vervellingen ontwikkelt zich in ongeveer zeventien dagen een geslachtsrijp mannetje of vrouwtje. De mijten lopen in alle ontwikkelstadia over het menselijk lichaam behalve het vrouwtje in het legstadium. [6]

2.2 PATHOGENESE

Naast het ontstaan van de huidlaesies (huidbeschadigingen) door de gangetjes van de mijt zijn de belangrijkste symptomen jeuk en een ontstekingsreactie (blaasjes, roodheid, schilfering) in de huid. Deze ontstaan door de immuunreactie van de patiënt met een vertraagd type IV overgevoelighedsreactie op de mijten (door substanties op het oppervlak van de mijt) en hun excreta (het secreet, de uitwerpselen, de eitjes) meestal 2-6 weken na besmetting.

Bij **gewone scabiës** bedraagt het aantal volwassen vrouwtjes per patiënt gemiddeld zeven tot dertien.

Bij **scabiës crustosa/norvegica** of **scabiës norvegica** (naar een epidemie in Noorwegen in 1848) is het aantal mijten vele malen groter. Deze vorm komt voor bij mensen met een verminderde afweer, verhoogde sensibiliteit, gestoorde motoriek en bij verstandelijk beperkten (zie paragraaf 2.5). Bij immuno-incompetenten is er een verminderde allergische reactie zodat er minder jeuk is. Ook bij een verhoogde sensibiliteit is er minder jeuk. Parese en/of paralyse maken krabben moeilijk en bij verstandelijk beperkten is er mogelijk een verminderde jeukperceptie. In al deze gevallen wordt minder gekrabbd, waardoor er minder sterfte onder mijten is. Het aantal mijten in de huid van een patiënt kan dan enorm zijn (tot tienduizenden).

2.3 INCUBATIEPERIODE

De incubatietijd bedraagt meestal twee tot zes weken (met een maximum van tien weken) bij mensen die nooit eerder besmet zijn geweest. Bij een verminderde overgevoelighedsreactie en verminderde immuunstatus kan

////////////////////////////////////

dit tot maanden duren. [7] Bij een herbesmetting kan de jeuk al na één tot vier dagen ontstaan (nog voordat er gangetjes zichtbaar zijn), omdat de allergie dan al bestaat. [7-10]

2.4 ZIEKTEVERSCHIJNSELEN

Eén van de belangrijkste symptomen van scabiës is nachtelijke jeuk. De jeuk is meestal 's avonds/ 's nachts in bed en bij warmte het ergst. Naast jeuk op de plekken waar de mijten zitten, is er een meer algemene jeukende uitslag die vaak verspreid over het hele lichaam voorkomt en die geen relatie heeft met de plaats of het aantal mijten. De jeuk neemt in de loop der dagen toe.

Gewone scabiës

Kenmerkend zijn de gangetjes die de mijt graaft op voorkeursplaatsen: tussen de vingers, zijkanten en plooien van de handpalm, binnenkant van de pols, buitenkant van de ellebogen, voeten. Ze zien er uit als smalle, gekronkelde, iets verheven bruine laesies. Aan het begin ervan kan de huid wat schilferen, aan de andere kant waar de mijt zich bevindt, kan een papeltje (huidknobbeltje) of blaasje zichtbaar zijn. Helaas zijn gangetjes lang niet altijd te vinden, bijvoorbeeld omdat ze kapot gekrabbd zijn. Ook op andere plekken kan scabiës voorkomen, maar dan meer als huidafwijking met roodheid en papels [23], zoals in de voorste okselplooi, rond de tepels, billen, dijen en de genitalia. Bij volwassenen blijft het hoofd meestal vrij. Het krabben leidt tot krabeffecten (excoriaties met secundair crustae) en secundaire pyodermie met purulente crustae en pustels.

Scabiës crustosa / norvegica

Deze zeer besmettelijke vorm van scabiës komt voor bij bepaalde groepen patiënten (zie paragraaf 2.5) en wordt gekenmerkt door huidlaesies met een sterk verdikte hoornlaag (hyperkeratose), papels en noduli op met name de extremiteiten. [10,11] In deze gevallen zijn er ook vaak letsels ter hoogte van het hoofd.

Atypische en overige mogelijke uitingsvormen (intermediaire vormen) van scabiës bij kwetsbare ouderen

Tussen gewone scabiës en scabiës crustosa/norvegica zijn tussenvormen mogelijk met honderden tot duizenden mijten, waarbij de hoeveelheid mijten en dus de mate van besmettelijkheid richtinggevend is voor de noodzakelijke behandeling.

Soms zijn er geen korstvormige afwijkingen maar juist opvallend weinig huidafwijkingen en blijft het klinische beeld beperkt tot een wat droge, schilferige huid en/of lijkt het op een eczemateuze aandoening: erythrodermie.

Bepaling van de ernst van de besmetting (aantal mijten) kan eventueel met een dermatoloog gebeuren door microscopisch onderzoek. Dit is tijdrovend en gebeurt meestal niet.

Jeuk bij ouderen

Jeuk is de meest voorkomende dermatologische klacht bij ouderen. De prevalentie van huidaandoeningen neemt toe met de leeftijd, en daarmee ook de kans op jeuk. De ziektelast van chronische jeuk is hoog en vergelijkbaar met of zelfs hoger dan die van chronische pijn. In verpleeghuizen komt jeuk voor bij 7 tot 50% van de bewoners.

Jeuk is normalerwijze ook de dominante klacht van scabiës, maar juist bij ouderen kan jeuk bij scabiës afwezig zijn.

Behandelingen die scabiës detectie compliceren

Bij iedere oudere patiënt met jeuk wordt geadviseerd om, naast een oorzakelijke behandeling, een droge huid te behandelen met indifferente middelen en algemene jeukverlichtende maatregelen.

Topicale therapeutische opties omvatten dermatocorticosteroïden, anti-inflammatoire middelen en lokale anesthetica. Bij langdurig gebruik van corticosteroïd zalven kan het beeld van scabiës ook atypischer worden (scabiës incognito).

Systemische behandelingen bestaan uit onder andere antihistaminica, immunomodulatoren, antidepressiva en anti-epileptica.



Deze behandelingen kunnen er ook toe leiden dat bij scabiës minder jeuk aanwezig is en het aantal mijten toeneemt.

Specifiek aspecten van invloed op scabiës

Verminderde mogelijkheid tot krabben, waardoor mijten minder gereduceerd worden.

Verminderde mogelijkheid aangeven van jeukklachten bij psychogeriatrische ziektebeelden met vertraging diagnostiek en toename mijten.

Hygiëne verminderd door verminderde zelfzorg waardoor mijten mogelijk meer kans krijgen zich te vermenigvuldigen.

Differentiaal diagnose

Erythemato-squameuze aandoeningen (bijvoorbeeld eczeem, psoriasis) en allergische huidreacties en overige jeukende huidaandoeningen. Mensen met atopie (overgevoeligheid) en eczeem reageren vaak op scabiës met een verergering van het eczeem, wat de diagnose scabiës kan bemoeilijken.

Complicaties

Pyodermie, een bacteriële infectie met (vooral) *Staphylococcus aureus* en/of *Streptococcus pyogenes*. Ook furunculose en cellulitis komen voor. Een bijzondere complicatie van scabiës crustosa/norvegica is massale infestatie door de mijt van de nagelplaat, waardoor nageldystrofie kan ontstaan. [19] Scabiës is een risicofactor voor het ontwikkelen van acute poststreptokokken-glomerulonefritis [14] en geassocieerd met hogere aantallen reumatische koorts en reumatische hartziekte. [15]

2.5 VERHOOGDE KANS OP ERNSTIG BELOOP

Er bestaat een verhoogde kans op een ernstig beloop (scabiës crustosa/norvegica) bij afwezigheid van jeuk of een verminderde jeukperceptie (waardoor men minder zal krabben) of bij de fysieke onmogelijkheid tot krabben.

Doordat deze mensen minder krabben, zullen er minder mijten van de huid verwijderd worden, waardoor het aantal mijten hoger is. [6,12]

Tot deze groep patiënten behoren:

- > patiënten met een verminderde immuunrespons, bijvoorbeeld HIV-, diabetes- en leukemiepatiënten;
- > patiënten die immuno-incompetent zijn door behandeling met cytostatica, immunosuppressiva en corticosteroïdenpreparaten voor cutaan en systemisch gebruik (reeds aanwezige huidaandoeningen);
- > patiënten met lichamelijke beperkingen zoals parese of paralyse;
- > patiënten met een verstandelijke beperking of een hersenbeschadiging (inclusief coma);
- > patiënten die terminaal zijn, ongeacht de onderliggende ziekte.

2.6 IMMUNITEIT

Er wordt geen immuniteit gevormd. [6,10]

3 Diagnostiek

3.1 MICROBIOLOGISCHE DIAGNOSTIEK

In het algemeen is een dermatoloog nodig om een mijt te vinden. Soms kan een mijt met behulp van een naald uit het eind van een gangetje worden gehaald. Men kan ook een direct preparaat maken door met een



lancetmesje (no. 15) ter plaatse van een gangetje een oppervlakkig stukje opperhuid weg te schrapen en dat op een objectglaasje, eventueel verweekt in een KOH-oplossing of olie, onder een dekglasje te leggen. Onder de microscoop zijn door een ervaren laborant mijten, eieren of fecespartikels te vinden. Als men geen mijten of gangetjes vindt, volstaat een waarschijnlijkheidsdiagnose. Bij een **scabiës crustosa/norvegica** daarentegen zijn mijten gemakkelijk aan te tonen, omdat in vrijwel elke huidschilfer mijten aantoonbaar zijn.

Vraag altijd na of een patiënt woonachtig of werkzaam is in een zorginstelling, omdat een diagnose in een dergelijk geval aanzienlijke epidemiologische consequenties kan hebben. In dit geval dient microscopisch onderzoek (bij minimaal één patiënt) verricht te worden ter bevestiging van de diagnose en is overleg met de arts infectieziektebestrijding, de CRA en arbeidsgeneeskunde raadzaam.

3.2 OVERIGE DIAGNOSTIEK

De diagnose scabiës is in theorie eenvoudig te stellen aangezien er sprake is van een typisch klinisch beeld met zichtbare gangetjes. In de praktijk kan het klinisch beeld echter zo wisselen dat het maanden tot jaren duurt voor een diagnose gesteld wordt. Vaak zijn meerdere diagnosen gesteld en vele therapieën geprobeerd. Gunstige reacties op lokale therapie kunnen niet als absoluut bewijs voor een infectie dienen. Daarnaast betekenen schijnbaar slechte resultaten op therapie niet altijd dat er geen scabiësinfectie was. Na adequate therapie met scabiceden kan jeuk nog enige weken persisteren ten gevolge van de aanwezigheid van toxinen in de huid.

4 Besmetting

4.1 RESERVOIR

De mens is de belangrijkste gastheer voor de humane scabiësmijt. Theoretisch kunnen huisdieren (met name de hond) als tijdelijke gastheer van de humane scabiësmijt optreden, in de praktijk komt dit niet of nauwelijks voor. [20]

4.2 BESMETTINGSWEG

Bij **gewone scabiës**, kan je besmet raken door langdurig (15 minuten of langer) of regelmatig intensief lichamelijk contact met iemand die scabiës heeft. Dit kan het geval zijn bij lichamelijke verzorging, seksueel contact of door gezamenlijk gebruik van bed en kleding.

In geval van **scabiës crustosa/norvegica** is de besmettelijkheid groter en loopt iedereen met direct of indirect contact risico. Bij deze vorm overleven mijten op huidschilfers en gebeurt de verspreiding ook via de lucht. Ook iemand die regelmatig in dezelfde ruimte als de patiënt komt en geen huid-huid contact heeft, loopt een reëel risico op besmetting.

4.3 BESMETTELIJKE PERIODE

De patiënt is besmettelijk als er mijten aanwezig zijn. Dat betekent dat iemand besmettelijk kan zijn, zodra de eerste nieuwe mijten volwassen zijn (vanaf twee weken na besmetting), ook als de patiënt nog geen verschijnselen van scabiës heeft.



4.4 BESMETTELIJKHEID

De besmettelijkheid is afhankelijk van het aantal mijten dat iemand bij zich heeft en de duur/intensiteit van het contact.

Gewone scabiës is weinig besmettelijk: minimaal 15 minuten lichamelijk contact, bijvoorbeeld hand vasthouden, lichamelijke verzorging van derden of seksueel contact. Scabiës is dus soms een soa. Patiënten met gewone scabiës zijn 12 uur na de start van de behandeling (inclusief hygiënische maatregelen) niet meer besmettelijk.

Scabiës crustosa/norvegica is ook na vluchtig contact met de patiënt of na contact met besmette materialen zéér besmettelijk, aangezien de huidschilfers van de patiënt vol met mijten zitten (tienduizenden tot miljoenen). [7,10] Besmetting kan hier bijvoorbeeld ook gebeuren door het wapperen met kleding of beddengoed.

Voor de patiënten met scabiës crustosa/norvegica geldt dat meerdere behandelingen nodig zijn voordat de patiënt niet meer besmettelijk is. Hiervoor wordt de patiënt ook geïsoleerd verpleegd. De isolatie van een patiënt met scabiës crustosa/norvegica en de maatregelen moeten gehandhaafd blijven tot de mijt niet meer aangetoond kan worden.

De besmettelijkheid van de mijt neemt af wanneer de mijt zich niet meer op de huid bevindt. [20] In het algemeen zijn de mijten dood na 3 dagen (72 uur) bij kamertemperatuur (18-20°C) zonder contact met mensen. [7] De eventueel overgebleven mijten zijn dan slecht in staat om mensen te besmetten, omdat ze door gebrek aan voedsel te verzwakt zijn om zich nog te kunnen ingraven in de huid. De mijt overleeft het langst (7 dagen) bij hoge luchtvochtigheid (liefst verzadigd) en 12°C.

5 Desinfectie

(zie Richtlijn Reiniging, desinfectie en sterilisatie)

6 Verspreiding

6.1 VERHOOGDE KANS OP INFECTIE

Scabiës komt bij bepaalde groepen in de bevolking vaker voor. In paragraaf 2.5 worden de personen geïdentificeerd die een grotere kans hebben op sterke vermenigvuldiging van het mijtenaantal. Indien meerdere personen uit deze categorieën bij elkaar verblijven is het risico op verspreiding groot.

We zien scabiësuitbraken daarom vaak in instellingen, zoals in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld ziekenhuizen, verpleeghuizen, huizen voor verstandelijk gehandicapten en binnen de thuiszorg).

Personeel en bewoners van (zorg)instellingen/thuiszorg lopen dus eveneens verhoogd risico. Verder zien we scabiës bij verminderde persoonlijke hygiëne, verminderde voedingstoestand en als meerdere personen dicht bij elkaar verblijven (denk aan asielzoekerscentra, gevangenissen en aan dak- en thuislozen en daarbij behorende instellingen).

Daarnaast is besmetting met scabiës een risico voor reizigers (verminderde hygiënische omstandigheden, hogere prevalentie) en personen met wisselende seksuele contacten. [7,12,29,30]

Beroepsgroepen met een verhoogd blootstellingsrisico voortkomend uit al dan niet intensief (zie 4.4) contact met besmette personen of besmet beddengoed/kleding (indirecte transmissie): verloskundigen, gynaecologen, dermatologen, huisartsen, verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, ambulancepersoneel, medewerkers

////////////////////////////////////

linnenkamer, chauffeurs, reizigers en militairen in risicogebieden, personen werkend in de seksindustrie of werkend met daklozen, druggebruikers, asielzoekers of in penitentiaire inrichtingen.

6.2 VERSPREIDING IN DE WERELD

Scabiës komt wereldwijd bij alle sociale klassen, rassen en leeftijden voor. Epidemieën komen voor tijdens oorlogen, armoede, slechte hygiëne, overbevolking en seksuele promiscuïteit. Er zijn incidentieverschillen tussen bevolkingsgroepen en delen van de wereld afhankelijk van leefpatroon, leefomstandigheden en beschikbaarheid van behandeling. Exacte cijfers zijn niet beschikbaar. In sommige populaties komt tot 30% scabiës voor. Scabiës kent epidemische cycli die geschat worden op 15 jaar waarvoor nog geen duidelijke verklaring bestaat. In landen met een gematigd klimaat is de incidentie van scabiës hoger in de winter dan in de zomer. Wellicht is dit te wijten aan 'het dichter opeen leven' in dat seizoen en doordat de mijt in lagere temperaturen langer zonder zijn gastheer kan overleven. [14]

6.3 VOORKOMEN IN BELGIË

Tijdens de Tweede Wereldoorlog en de jaren zestig kwam scabiës vaker voor. Leefomstandigheden en de seksuele revolutie zouden hiervoor als oorzaak kunnen worden gezien. Tot 2009 was er een aangifteplicht voor scabiës. Van 2006 tot en met 2009 werden er tussen de 200 en 250 gevallen (solitaire en collectieve gevallen) gemeld in Vlaanderen. De werkelijke incidentie is onbekend. Sinds 1 januari 2017 is er terug een meldingsplicht voor collectieve scabiës.

7 Behandeling

De behandeling van scabiës berust op de behandeling met scabicide middelen én hygiënische maatregelen. Meer informatie over de verschillende scabicide middelen en hun toepassing vindt u in de bijlage 'Behandeling van scabiës'.

7.1 GELIJKTJDIG BEHANDELING VAN DE PATIËNT EN DE CONTACTPERSONEN (BEHANDELGROEP)

Het gelijktijdig behandelen van de patiënt en de contactpersonen met een scabicide middel is noodzakelijk om te voorkomen dat iemand direct na de behandeling opnieuw besmet kan raken (het zogenaamde ‘pingpongeffect’).

- > Behandelgroep bij **gewone scabiës**: alle huisgenoten, mensen die langdurig (> 15 minuten) of frequent huidcontact met een patiënt hebben gehad in de besmettelijke periode.
Eén enkele behandeling is meestal voldoende, maar in ernstige gevallen, of in geval van twijfel over correcte uitvoering van behandeling wordt een tweede behandeling voorgeschreven na minimaal een week.
- > Behandelgroep bij **scabiës crustosa/norvegica**: uitgebreid contactonderzoek naar alle mensen die bij de patiënt in de leefruimte zijn geweest of contact hebben gehad met diens kleding of beddengoed. De behandeling bij een patiënt met scabiës crustosa/norvegica zal op advies van de dermatoloog meerdere keren herhaald worden met een combinatie therapie (scabicide crème en orale behandeling). Zolang de mijt kan aangetoond worden, wordt de patiënt in isolatie verzorgd en met de nodige contact-voorzorgsmaatregelen. De behandeling (inclusief hygiënische maatregelen) kan herhaald worden na minimaal 7 dagen en maximaal 14 dagen.
- > **In een leefgemeenschap** gebeurt de behandeling meestal in twee stappen, beginnend met de symptomatische personen en een week tot 14 dagen later gelijktijdig de symptomatische personen en de

asymptomatische contacten. Bij iedere behandeling (ook indien de behandeling herhaald wordt) moeten de hygiënische maatregelen (kleding en beddengoed) gevolgd worden.

- > Direct na de behandeling neemt de jeuk toe door het uiteenvallen van de mijten (daardoor ontstaat een toename van de allergische reactie). De diagnose 'recidief' wordt vaak (ten onrechte) gesteld op basis van jeuk die nog enige tijd (tot drie à vier weken) na de behandeling aanhoudt. [10] Antihistaminica, mentholpoeder en vochtinbrengende crèmes kunnen verlichting brengen. Bij langdurige jeuk wordt een recidief best uitgesloten door een arts. Deze kan overwegen om de behandeling te herhalen.

7.2 HYGIËNISCHE MAATREGELEN

Voor de start van de behandeling worden ook een aantal hygiënische maatregelen genomen.

- > Alle beddengoed en kleren die tot drie dagen vóór de behandeling werden gedragen, wassen op minstens 60°C. Voor **scabiës crustosa/norvegica** is dit zeven dagen.
- > Items die niet op 60°C mogen gewassen worden, zoals sommige kledij, stoffen knuffels, schoenen en pantoffels, stopt men in dichtgeknoopte plastic zakken. Deze zakken gedurende drie dagen bewaren op kamertemperatuur. Voor **scabiës crustosa/norvegica** is dit zeven dagen.
- > Poetsen is niet noodzakelijk bij **gewone scabiës**. Soms (zoals bij uitgebreide letsels en terugkerende schurft) is het nuttig om stoffen zetels en tapijten te stofzuigen. Als op een matras zonder hoeslaken geslapen werd, moet de matras gedurende 3 dagen bij kamertemperatuur gelucht worden en grondig gestofzuigd.
- > Bij **scabiës crustosa/norvegica** zijn er specifieke bijkomende voorzorgsmaatregelen:
 - In instellingen isoleert men de patiënt met **scabies crustosa/norvegica**. Eventueel cohortering van personeel, zodat zo veel mogelijk dezelfde medewerkers de besmette patiënt(en) verzorgen. De verzorging gebeurt met handschoenen en schort met lange mouwen.
 - Bij **scabiës norvegica/crustosa** zijn meer uitgebreide hygiënische maatregelen noodzakelijk omdat er een grote verspreiding van de scabiësmijt is. In een instelling, wordt de patiënt bij voorkeur na de eerste behandeling overgeplaatst naar een nieuwe kamer en in isolatie verzorgd. De 'oude' kamer blijft gedurende een week afgesloten en wordt nadien gereinigd. Indien dit niet mogelijk is, reinig eerst droog: neem het stof af met wegwerpmateriaal. Reinig daarna nat met allesreiniger. Tapijten en stoffen meubilair luchten gedurende 7 dagen bij kamertemperatuur en daarna grondig stofzuigen. Na afloop stofzuigerzak weggooien. Stoffen gordijnen wassen op minstens 60°C.

8 Preventie

8.1 IMMUNISATIE

Niet van toepassing.

8.2 ALGEMENE PREVENTIEVE MAATREGELEN

Langdurig lichamelijk contact met een patiënt met scabiës en huidcontact met diens kleding en beddengoed moet worden vermeden.



9 Maatregelen naar aanleiding van een geval

9.1 BRONOPSPORING

Bij de bronopsporing wordt nagegaan of er contactpersonen zijn met langdurige gelijkaardige klachten. Als de index of een eventuele bron van de index niet wordt behandeld, bestaat de kans dat scabiës terugkomt en dat blootgestelden worden (her)besmet. Een goede anamnese bij de index is noodzakelijk. Ga ook na of de index tot een risicogroep behoort of contact heeft met personen uit de risicogroepen (zie 6.1), aangezien dit mogelijk tot de bron van de besmetting kan leiden. De bron van een index met **scabiës crustosa/norvegica** kan een patiënt met gewone scabiës geweest zijn maar ook een andere patiënt met **scabiës crustosa/norvegica**.

9.2 CONTACTONDERZOEK

Het doel van contactonderzoek is het opsporen van mogelijk besmette personen.

Bij **gewone scabiës** bestaat de behandelgroep uit mensen die langdurig (> 15 minuten) of frequent huidcontact met een patiënt hebben gehad in de besmettelijke periode. Daaronder vallen steeds alle gezinscontacten. In principe is er bij blootgestelden van een kind of kinderen met gewone scabiës in een klas (exclusief internaat), geen contactonderzoek nodig. Tenzij het een groep kinderen betreft, die meer dan 15 minuten intensief lichamelijk contact hebben gehad met de index of (verkleed) kleding hebben gedeeld of huishoudcontacten zijn geweest (gelogeerd hebben) in de periode waarin de index besmettelijk was. Onderzoek de contacten met klachten en als deze verdacht zijn voor scabiës moet rondom hen ook weer contactonderzoek gebeuren.

Bij een vermoeden van scabiës bij een medewerker in de zorg, is het aangeraden dat deze medewerker een schort met lange mouwen en handschoenen draagt tot er meer duidelijkheid is over de diagnose.

Bij een scabiësuitbraak in instellingen zullen grote groepen gewaarschuwd en behandeld worden en wordt een outbreakteam samengesteld.

Bij een één melding van scabiës in een woonzorgcentrum, is het aanbevolen om alle bewoners zorgvuldig te onderzoeken, gezien de atypische klinische presentatie. Er treedt minder jeuk op, de letsels hebben niet steeds de typische gangetjes en komen niet steeds voor op de typische plaatsen.

Bij **scabiës crustosa/norvegica** echter zal uitgebreid contactonderzoek moeten plaatsvinden naar alle mensen die bij de patiënt in de leefruimte zijn geweest en/of lichamelijk contact met de patiënt of diens kleding of beddengoed hebben gehad: al deze personen behoren tot de behandelgroep.

9.3 MAATREGELEN TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN EN CONTACTEN

9.3.1 Gewone scabiës

Bij **gewone scabiës** worden behandeling én hygiënische maatregelen uitgevoerd om (her)besmetting te voorkomen (zie 7). Dit is het zogenaamde 'pingpongeffect'.

Bij contacten zonder klachten die niet frequent of niet intensief huidcontact hebben gehad met een patiënt met **gewone scabiës** volstaat voorlichting. Deze mensen hebben een laag risico op scabiës en een verhoogde waakzaamheid is nodig tot zes weken na het contact. Personen werkzaam in verzorgende beroepen dragen wegwerphandschoenen en een schort met lange mouwen bij verzorging van personen bij wie scabiës wordt vermoed of vastgesteld. In andere instellingen wordt best ook een schort met lange mouwen en wegwerphandschoenen gedragen bij de volgende activiteiten: het insmeren van een persoon met scabiës, het vervangen van beddengoed en het opbergen van kleren in zakken.



9.3.2 Scabiës crustosa/norvegica

Bij **scabiës crustosa/norvegica** zijn de behandeling, de behandelgroep en de hygiënische maatregelen uitgebreider (zie 7). De isolatie van een patiënt met **scabiës crustosa/norvegica** en de maatregelen voor bezoekers en verzorgenden (zoals schorten met lange mouwen, handschoenen, handhygiëne) moeten gehandhaafd blijven tot de mijt niet meer aangetoond kan worden (dermatoloog). De follow-up van de patiënt en de monitoring binnen een instelling/de zorg dient minimaal 20 weken (2 maal de maximale incubatietijd) gecontinueerd te worden (zie 2.3).

9.3.3 Praktische aanpak in een collectiviteit

Praktische aanpak bij scabiës en scabiës crustosa/norvegica in een leefgemeenschap (vb. WZC, internaat, enz.):

- Bij een scabiës uitbraak is een zorgvuldige aanpak beter dan een snelle actie. Het is belangrijk om de uitbraak systematisch aan te pakken. Eerst wordt een volledige inventaris gemaakt van alle personen met letsels, gevolgd door het uitschrijven van een interventieplan.
- Stel een uitbraakteam samen, spreek af wie voor wat verantwoordelijk is en duid een coördinator aan. Het uitbraakteam kan bestaan uit een lid van de directie, de CRA, de CLB- arts, een dermatoloog, een geriater, de arbeidsgeneesheer, een arts/verpleegkundige infectiepreventie, een (hoofd)verpleegkundige en een logistiek medewerker.
- Eerst alles goed in kaart brengen:
 - > Hoe lang zijn er al klachten?
 - > Hoe uitgebreid zijn de letsels?
 - > Indien relevant: Ziekenhuisopname gehad, zo ja wanneer?
 - > Zijn er nog andere mensen/personeelsleden in leefgemeenschap met jeukende uitslag?
 - > Wie van de contacten komt in aanmerking voor preventieve behandeling? De behandelgroep is uitgebreider bij scabiës crustosa/norvegica.
- Dan beslissen wie allemaal moet behandeld worden:
 - > De behandeling kan in twee stappen gebeuren, beginnend met de symptomatische personen en een week later (na het in kaart brengen van de contacten) gelijktijdig de symptomatische personen en (a)symptomatische contacten.
 - > Afspraken rond de behandeling: Wie? Waar? Welke datum? Welk preparaat?
 - > Zie paragraaf 7 voor meer details over behandeling en hygiënische maatregelen.
- Wasserij (intern of extern) verwittigen
- Infobrieven voor familie / ouders / personeel /...
- Eventueel persbericht klaar houden

Voor meer details, zie [brochure scabiës in een leefgemeenschap](#).

9.4 PROFYLAXE

Geen.

9.5 WERING VAN KINDERDAGVERBLIJF, SCHOOL OF WERK

Wering van een kind met gewone scabiës is vanuit volksgezondheidsperspectief niet zinvol.

Wering van een werknemer met gewone scabiës is vanuit volksgezondheidsperspectief niet zinvol. Bij het doormaken van een infectie mogen tot minimaal 12 uur na start behandeling geen persoons- of patiëntgebonden taken worden uitgevoerd. Bij werknemers bij wie preventieve behandeling niet mogelijk is of die behandeling weigeren, kan (in overleg met de bedrijfsarts) voor een periode van 6 weken naar ander werk gezocht worden.



10 Overige activiteiten

10.1 MELDINGSPLICHT

De meldingsplicht in Vlaanderen is enkel verbonden aan collectieve scabiës infecties (meer dan één geval in een collectiviteit). Een collectieve infectie kan zich bijvoorbeeld voordoen in scholen, internaten, woonzorgcentra. Gevallen in een gezin en solitaire gevallen moeten dus niet gemeld worden.

CRITERIA
Epidemiologische criteria • contact met een bevestigd geval
Criteria voor laboratoriumconfirmatie • aantonen van <i>Sarcoptes scabiei</i> var <i>hominis</i> en/of de eieren in schraapsels huidletsels
GEVALSDEFINITIE
Waarschijnlijk • patiënt met klinisch compatibel beeld EN epidemiologische criteria
Bevestigd • patiënt met klinisch compatibel beeld EN laboratoriumconfirmatie

Contact infectieziektebestrijding per provincie binnen de kantooruren:
<http://www.zorg-en-gezondheid.be/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie>

Voor het dringend melden van infectieziekten kunt u buiten de kantooruren de dienstdoende arts infectieziektebestrijding bereiken op het nummer 02 512 93 89.

10.2 INSCHAKELEN VAN ANDERE INSTANTIES

Bij instellingen: bedrijfsarts, CRA, CLB-arts, Kind en Gezin, team infectiepreventie in een ziekenhuis.

10.3 ANDERE PROTOCOLLEN EN RICHTLIJNEN

10.4 BESCHIKBAAR VOORLICHTINGS- EN INFORMATIEMATERIAAL

Meer informatie in de folder en de brochure voor aanpak in de leefgemeenschap.

10.5 LITERATUUR

1. Thyresson N. The remarkable debate during the beginning of the nineteenth century concerning the aetiology of scabies. *Sydsven Medicinhist Sallsk Arsskr* 1994;31:79-90
2. De Schrijver K, Tilborghs G. Scabies terug van weggeweest. *Vlaams Infectieziektebulletin* 1999;3.
3. Jackson R. Scabies by Kenneth Mellanby. *J Cutan Med Surg* 2004: 73-76
4. Selwyn S. Dr Thomas Moffett and the sixteenth century origins of medical microbiology. *Proc.Roy.Soc.Med* 1976;69:32
5. Waugh M. The Viennese contribution to venereology. *British J Venereal Diseases* 1977;53:247-251

32. van den Hoek JA, van de Weerd JA, Baayen TD, Molenaar PM, Sonder GJ, van Ouwerkerk IM. A persistent problem with scabies in and outside a nursing home in Amsterdam: indications for resistance to lindane and ivermectin. *Euro Surveillance* 2008;13:1-2
33. van den Hoek JA, van de Weerd JA, Baayen TD, Molenaar PM, Sonder GJ, van Ouwerkerk IM. Hardnekkig probleem met scabies in Amsterdam: resistentie tegen lindaan en ivermectine? *Infectieziektebulletin* 2008;6:204-206
34. Monsel G, Chosidow O. Management of Scabies 2012;17(3)
35. Farmacotherapeutisch Kompas
36. Oh S, Van der Griff T. Scabies of the nail unit. *Dermatol Online J* 2014, Oct 15;20(10).
37. Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R, et al. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies – short version. *Journal of the German Society of Dermatology* 2016, 1610-379

