



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

RICHTLIJN INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING – SCABIËS-SCHURFT

Basistekst LCI/GR 06/2015

Vlaamse versie: Laatst gewijzigd 07/2026

VERSIEBEHEER:

Juli 2026:

De aanleiding voor deze revisie waren de richtlijnen rond diagnostiek en behandeling, ontwikkeld door Domus Medica, de Universiteit Gent en WOREL in opdracht van Departement Zorg. Deze richtlijnen werden in januari 2025 gevalideerd door CEBAM en zijn momenteel in revisie. Hierdoor kunnen er verschillen bestaan tussen deze richtlijn en andere bestaande aanbevelingen. Voor deze revisie werd rekening gehouden met de meest recente wetenschappelijke evidentie. Verwacht wordt dat toekomstige updates van andere richtlijnen deze wijzigingen eveneens zullen overnemen.

De voornaamste wijzigingen:

- Er zijn 4 evenwaardige behandelopties
- Curatieve en preventieve behandelingen gelijkgesteld

Andere wijzigingen:

- Voorkomen en verspreiding aangepast en geactualiseerd
- Benzylbenzoaat 10% toegevoegd voor kinderen (voorheen behandeld met 25%)
- Terugbetaling van ivermectine oraal sinds juni 2025
- Hygiënemaatregelen geactualiseerd
- Criteria laboratoriumconfirmatie aangepast
- Verduidelijking maatregelen bij een geval

INHOUDSTAFEL

VERSIEBEHEER	2
1. ALGEMEEN	5
2. ZIEKTE	5
2.1 Verwekker	5
2.2 Pathogenese	6
2.3 Incubatieperiode	6
2.4 Ziekteverschijnselen	6
2.5 Gewone scabies	6
2.6 Scabies crustosa	7
2.7 Differentiaaldiagnose	7
2.8 Complicaties	7
2.9 Verhoogde kans op ernstig beloop	7
3. DIAGNOSTIEK	8
3.1 Directe diagnostiek	8
3.1.1 Dermatoscopie	8
3.1.2 Microscopie	9
3.2 Moleculaire diagnostiek	9
3.3 Klinische diagnose	9
4. BESMETTING	9
4.1 Reservoir	9
4.2 Besmettingsweg	9
4.3 Besmettelijke periode	10
4.4 Besmettelijkheid	10
5. DESINFECTIE	10
6. VERSPREIDING	10
6.1 Verhoogde kans op infectie	10
6.2 Verspreiding in de wereld	11
6.3 Voorkomen in België	11
7. BEHANDELING	12
7.1 Medicamenteuze behandeling	12
7.2 Lokale behandelingen	13
7.3 Orale behandeling	15
7.4 Behandelkeuze	16
7.5 Hygiënische maatregelen	16



8.	PREVENTIE	17
8.1	Immunisatie	17
8.2	Algemene preventieve maatregelen	17
9.	MAATREGELEN NAAR AANLEIDING VAN EEN GEVAL	18
9.1	Bronopsporing	18
9.2	Contactonderzoek	18
9.2.1	Gewone scabiës	18
9.2.2	Scabiës crustosa	19
9.2.3	Type contacten	19
9.3	Maatregelen ten aanzien van patiënt en contacten	19
9.4	Gewone scabiës	19
9.5	Scabiës crustosa	20
9.6	Praktische aanpak in een collectiviteit	20
9.7	Profylaxe	21
9.8	Wering van school, werk of kinderdagverblijf	21
10.	OVERIGE ACTIVITEITEN	21
10.1	Meldingsplicht	21
10.2	Inschakelen van andere instanties	22
10.3	Beschikbaar voorlichtings- en informatiemateriaal	22
10.4	Literatuur	23

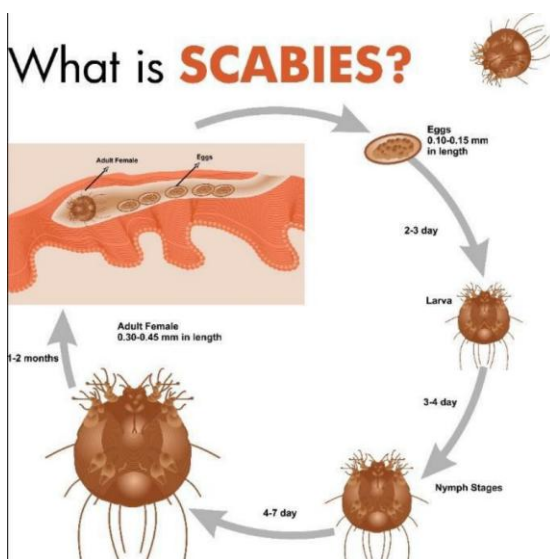
1. ALGEMEEN

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). De naam 'scabies' komt van het Latijnse woord *scabere*, wat "krabben" betekent — precies het meest herkenbare symptoom.

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 schurftmijt *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Deze mijt heeft een klein, ovaal lichaam met acht poten en een afgeplatte boven- en onderkant. 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 gangen dat lysis van de hoornlaag 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 4 tot 6 weken durende leven legt zij in totaal 40 tot 60 eitjes. Na 2 tot 4 dagen komt er een zespotige larve uit het ei die op de huid leeft. De larve maakt kleine gaatjes in haarfollikels of huidplooiën om zich te voeden of te vervellen, waarna hij na 3 tot 4 dagen overgaat in de achtpotige nymfefaase. Na enkele vervellingen ontwikkelt zich in ongeveer 4 tot 7 dagen een geslachtsrijp mannetje of vrouwtje. De mijten lopen in alle ontwikkelstadia over het menselijk lichaam, behalve het vrouwtje tijdens het legstadium (6).



Afbeelding 1 De levenscyclus van de mijt (6)

2.2 PATHOGENESE

Naast huidlaesies veroorzaakt 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 tot 6 weken na besmetting.

Bij **gewone (niet-crustosa) scabiës** bedraagt het aantal volwassen vrouwtjes per patiënt gemiddeld één tot vijftien (6). Bij **scabiës crustosa** (vroeger **scabiës norvegica** genoemd, naar een epidemie in Noorwegen in 1848) is, net als bij gewone scabiës, de veroorzaker de *Sarcoptes scabiei*. Het grote verschil is dat het aantal mijten bij deze vorm vele malen hoger ligt: het kan oplopen tot duizenden tot zelfs miljoenen mijten (6). Deze vorm komt voor bij mensen met een verminderde afweer (zoals ouderen), verminderde sensibiliteit, gestoorde motoriek en mensen met een verstandelijke beperking. Bij mensen met een immuunstoornis is er een verminderde allergische reactie, zodat er minder jeuk is. Ook bij een verminderde sensibiliteit is er minder jeuk. Parese en/of paralyse maken krabben moeilijk en bij mensen met een verstandelijke beperking is er mogelijk een verminderde jeukperceptie. In al deze gevallen worden minder mijten doodgekrabd, waardoor aantallen kunnen toenemen.

2.3 INCUBATIEPERIODE

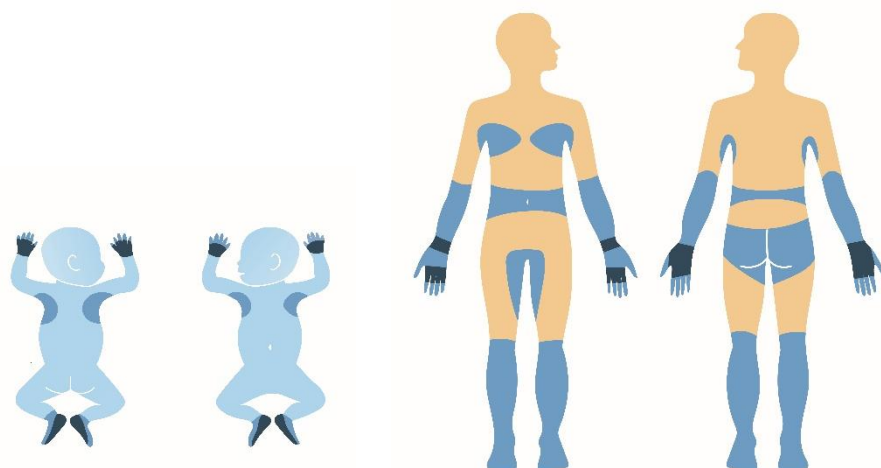
Bij een eerste infectie met scabiës ontstaan symptomen na 2 tot 6 weken, als gevolg van een immuunreactie tegen de mijt, de uitwerpselen, het secreet en de eitjes: een vertraagde type-IV-overgevoelighedsreactie. Bij patiënten met verminderde immuunrespons treden symptomen soms pas na 10 weken op. Bij een herbesmetting kan de jeuk al ontstaan nog voordat er letsels zichtbaar zijn. Dit kan al binnen 1 tot 3 dagen, omdat de overgevoeligheid dan al aanwezig is (6).

2.4 ZIEKTEVERSCIJNSELEN

Het belangrijkste symptoom van scabiës is nachtelijke jeuk. De jeuk is meestal 's avonds of '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 gehele lichaam voorkomt en die geen relatie heeft met de plaats of het aantal mijten. De jeuk neemt in de loop der dagen toe. Bij jonge kinderen uit jeuk zich vaak in gedragssignalen, zoals krabben, onrustig slapen en huilerig of prikkelbaar zijn (6). Niet iedereen met scabiës heeft echter klachten. Gebruik van corticosteroïd zalven kan het ziektebeeld verbergen, wat men *scabiës incognito* noemt. Bij deze vorm kan de typische jeuk verminderen of zelfs geheel ontbreken.

2.5 GEWONE SCABIES

Kenmerkend zijn de gangetjes die de mijt graaft op voorkeursplaatsen: tussen de vingers, zijkanten en plooien van de handpalmen, binnenkant van de polsen, buitenkant van de ellebogen en voeten. Ze zien eruit als smalle, gekronkelde, iets verheven laesies. Aan het begin ervan kan de huid wat schilferen, aan de andere kant waar de mijt zich bevindt, kan een papeltje of blaasje zichtbaar zijn. Helaas zijn gangetjes lang niet altijd te vinden, bijvoorbeeld omdat ze kapot gekrabd zijn. Ook op andere plekken kan scabiës voorkomen, maar dan meer als huidafwijking met roodheid en papels, zoals in de voorste okselplooi, rond de tepels, billen, dijen en de (mannelijke) genitalia (7). Bij jonge kinderen (< 2 jaar) komen de huidafwijkingen wat uitgebreider voor en verschijnen ze ook op voorkeursplaatsen die bij volwassenen meestal gespaard blijven, zoals het hoofd, de behaarde hoofdhuid, het gelaat en de nek. Ook letsels op handpalmen en voetzolen zijn typische plaatsen bij jonge kinderen, die bij andere huidziekten nauwelijks voorkomen (6). Het krabben leidt tot krabeffecten (excoriaties met secundair crustae) en secundaire pyodermie met purulente crustae en pustels.



Afbeelding 2 Typische voorkeursplaatsen

2.6 SCABIES CRUSTOSA

Deze zeer besmettelijke vorm van scabiës komt voor bij bepaalde groepen patiënten (zie paragraaf 2.2) en wordt gekenmerkt door huidlaesies met een sterk verdikte hoornlaag (hyperkeratose), schilfering, papels en noduli op met name de extremiteiten (8,9). In deze gevallen zijn er ook vaak letsels ter hoogte van het hoofd.

2.7 DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Scabiës staat in de differentiaaldiagnose bij erythemato-squameuze aandoeningen (bv. eczeem, psoriasis), folliculitis, allergische huidreacties en overige jeukende huidaandoeningen (bv. insectenbeten). Mensen met atopie (overgevoeligheid) en eczeem reageren vaak op scabiës met een verergering van het eczeem, wat de diagnose kan bemoeilijken.

2.8 COMPLICATIES

Pyodermie, een bacteriële superinfectie met (vooral) *Staphylococcus aureus* en/of *Streptococcus pyogenes*, furunculose en cellulitis zijn complicaties. Scabiës is een risicofactor voor het ontwikkelen van acute poststreptokokken-glomerulonefritis en geassocieerd met hogere aantallen reumatische koorts en reumatische hartziekte (zeer zelden) na een infectie met groep A streptokokken.

Symptomen kunnen leiden tot slaapstoornissen, concentratieproblemen, angst en depressieve klachten. Alsook dragen taboe, stigma en de hardnekkige misvattingen over scabiës bij aan angst voor herbesmetting en verdere transmissie. Deze factoren kunnen gevoelens van schaamte en sociale isolatie veroorzaken, wat resulteert in een verminderde levenskwaliteit bij getroffen patiënten (6,10).

2.9 VERHOOGDE KANS OP ERNSTIG BELOOP

Er bestaat een verhoogde kans op een ernstig beloop (scabiës crustosa) 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. Naast krabben zijn de huid wassen (waardoor op de huid aanwezige larven en mijten weggewassen worden) en de immuunrespons van de patiënt beschermingsmechanismen tegen scabiës (6).

Als één van deze drie beschermingsmechanismen faalt, is de kans op een ernstig verloop groter. Een ernstiger verloop komt vaker voor bij:

- Personen die verminderde immuunrespons hebben, bijvoorbeeld door het gebruik van immuunsuppressiva (ook corticosteroïd voor cutaan en/of systemisch gebruik) of door een afweerstoornis (bijvoorbeeld hemato-oncologische aandoeningen of hiv);
- Personen met lichamelijke beperkingen, zoals een parese, paralyse of arthropathie;
- Personen met een verstandelijke beperking of een hersenbeschadiging;
- Personen met chronische aandoeningen, zoals een auto-immuunziekte, diabetes mellitus, lever- en nieraandoeningen, alcohol- en druggebruik of ondervoeding;
- Personen met een sensorische dysfunctie van de huid, zoals bij een sensorische neuropathie;
- Ouderen: vooral bewoners van woonzorgcentra en instellingen.

3. DIAGNOSTIEK

3.1 DIRECTE DIAGNOSTIEK

Bij klinisch verdachte huidafwijkingen kan middels dermatoscopie en/of microscopisch onderzoek de diagnose scabiës gesteld worden. De huidafwijkingen kunnen typisch of atypisch zijn. In de praktijk wordt het klinisch beeld soms moeilijk herkend waardoor het maanden tot jaren duurt voordat een diagnose gesteld wordt.

3.1.1 Dermatoscopie

Met een dermatoscoop kan een huisarts, dermatoloog of andere bekwame zorgverlener snel beoordelen of verdachte huidafwijkingen door scabiës veroorzaakt worden. Door de dermatoscoop is het gangetje beter zichtbaar en kan daarin de schurftmijt gezien worden als delta-sign (ook wel “wing-sign”: een bruin/zwart driehoekje aan het eind van het gangetje; afbeelding 3).



Afbeelding 3 Dermatoscopisch beeld van een gangetje met bovenin een delta-sign. In het ingezoomde vlak is de scabiësmijt gepositioneerd naast het delta-sign (11)

3.1.2 Microscopie

Men kan ook een direct preparaat maken door met een lancetmesje (no. 10 of 15) ter hoogte van een gangetje de opperhuid tot de epidermis weg te schrapen en dat op een objectglaasje, in een KOH-oplossing of olie, onder een dekglasje te brengen. Onder de microscoop kunnen mijten, eieren, eierschalen en uitwerpselen (scybala) gezien worden. Bij scabiës crustosa zijn mijten gemakkelijk te vinden, omdat in vrijwel elke huidschilfer mijten aantoonbaar zijn.

Indien men niet zelf beschikt over een microscoop of de ervaring met de beoordeling van het preparaat, kan soms in overleg met een laboratorium een huidpreparaat opgestuurd worden.

Het is steeds van belang zoveel mogelijk huidafwijkingen tot de epidermis te bemonsteren om de sensitiviteit te optimaliseren.

3.2 MOLECULAIRE DIAGNOSTIEK

Huidschraapsels en -wissers kunnen ook middels PCR/NAAT op scabiës onderzocht worden in sommige laboratoria. De sensitiviteit hiervan is wisselend (12,13). In onderzoeksverband wordt momenteel gekeken of moleculaire diagnostiek ingezet kan worden i.c.m. zelfafname (14) en op omgevingsstalen (wasmachine, stofzuiger) bij verdenkingen van uitbraken in collectiviteiten.

3.3 KLINISCHE DIAGNOSE

Hoewel dermatoscopie of microscopie steeds de voorkeur genieten, kan bij afwezigheid van diagnostiek op basis van het klinisch beeld, inclusief distributie en typische klachten in de anamnese, een waarschijnlijkheidsdiagnose scabiës gesteld worden.

4. BESMETTING

4.1 RESERVOIR

De mens is de belangrijkste gastheer voor de humane scabiësmijt. Huisdieren spelen in de praktijk geen rol als reservoir voor humane scabiës. Mijten kunnen maximaal 3 dagen overleven op dieren, maar veroorzaken geen infectie (6).

4.2 BESMETTINGSWEG

Bij **gewone scabiës** kan je besmet raken door langdurig (15 minuten of langer) of regelmatig huid-op-huidcontact met iemand die scabiës heeft. Dit kan het geval zijn bij lichamelijke verzorging, seksueel contact of knuffelen. Overdracht via materialen is mogelijk bij intensief gezamenlijk gebruik van kleding, beddengoed, handdoeken of gestoffeerd meubilair.

In geval van **scabiës crustosa** is de besmettelijkheid groter en loopt iedereen met direct of indirect contact risico. Bij deze vorm overleven mijten op huidschilfers die ook kunnen verspreiden via de lucht. Ook iemand die regelmatig in dezelfde ruimte als de patiënt komt en geen huid-op-huidcontact heeft, loopt een reëel risico op besmetting. Schurft die een gezonde persoon oploopt van een patiënt met scabiës crustosa verschilt niet van de gewone scabiës (6,9,15–18).

4.3 BESMETTELIJKE PERIODE

De patiënt is besmettelijk als er levende mijten aanwezig zijn. Dat betekent dat iemand besmettelijk kan zijn zodra de eerste nieuwe mijten volwassen zijn (vanaf 1 à 2 weken na besmetting), ook als de patiënt nog geen verschijnselen van scabiës heeft. Na het starten van een effectieve behandeling neemt het transmissierisico doorgaans snel af (6).

4.4 BESMETTELIJKHEID

Transmissie is afhankelijk van het aantal mijten dat iemand bij zich heeft en de duur/intensiteit van het contact. Uit een Nederlandse studie van november 2025 blijkt dat het seriële interval (de tijd tussen het ziek worden van een persoon en de mensen die hij/zij besmet) gemiddeld 123 dagen is, en dat één persoon gemiddeld 1,09 anderen besmet (basisreproductiegetal) (19).

Gewone scabiës kan overgedragen worden bij minimaal 15 minuten lichamelijk contact, bijvoorbeeld door hand vasthouden, lichamelijke verzorging van derden of seksueel contact. Patiënten met gewone scabiës zijn, na een correcte behandeling en het uitvoeren van de hygiënische maatregelen, na **12 uur** niet meer infectieus bij behandeling met **permethrine** of **ivermectine**. Bij behandeling met **benzylbenzoaat** worden patiënten pas na **72 uur** niet meer als infectieus beschouwd.

Bij **scabiës crustosa** is de kans op transmissie aanzienlijk hoger door de hoge mijtenlast. Verspreiding kan ook indirect gebeuren via huidschilfers die zich in de omgeving verspreiden, bijvoorbeeld bij het manipuleren van kleding of beddengoed. Voor de patiënten met scabiës crustosa geldt dat meerdere behandelingen nodig zijn voordat de patiënt niet meer besmettelijk is. Daarom wordt de patiënt geïsoleerd verpleegd totdat de besmettelijkheid voorbij is.

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 een temperatuur van 18-25,5°C zonder contact met mensen (6). 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. Het is belangrijk om er rekening mee te houden dat de mijt bij temperaturen lager dan kamertemperatuur met name in combinatie met hoge luchtvochtigheid langer kan overleven, 1 tot 2 weken (6).

5. DESINFECTIE

(zie richtlijn “Reiniging, desinfectie en sterilisatie”)

6. VERSPREIDING

6.1 VERHOOGDE KANS OP INFECTIE

Scabiës komt vooral voor bij mensen die leven of werken in omstandigheden met veel lichamelijk contact, verminderde persoonlijke hygiëne en gedeelde leefruimtes of dicht opeen leven (zoals cohousing en studentenhuizen). Jongeren, ouderen en mensen met een lage sociaaleconomische status lopen daardoor het meeste risico. Scabiësuitbraken worden daarom vaak gezien in instellingen, zoals ziekenhuizen, woonzorgcentra, huizen voor mensen met een beperking en binnen de thuiszorg. Personeel en bewoners van (zorg)instellingen/thuiszorg lopen dus een verhoogd risico. Verder zien we scabiës bij mensen die dakloos zijn, een verminderde voedingstoestand hebben, immuungecompromitteerde personen, bij reizigers

(verminderde hygiënische omstandigheden, hogere prevalentie) en personen met wisselende seksuele contacten (6).

6.2 VERSPREIDING IN DE WERELD

Scabiës komt wereldwijd voor bij alle sociale klassen, etniciteiten en leeftijden. Het is een veelvoorkomende aandoening en vormt een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) lijden op elk moment minstens 200 miljoen mensen aan schurft. In gebieden met beperkte middelen wordt geschat dat 5 tot 50% van de kinderen wordt getroffen. De aandoening komt vooral voor in warme, tropische regio's en in gebieden met een hoge bevolkingsdichtheid. Sinds 2017 wordt schurft officieel erkend als een neglected tropical disease (21).

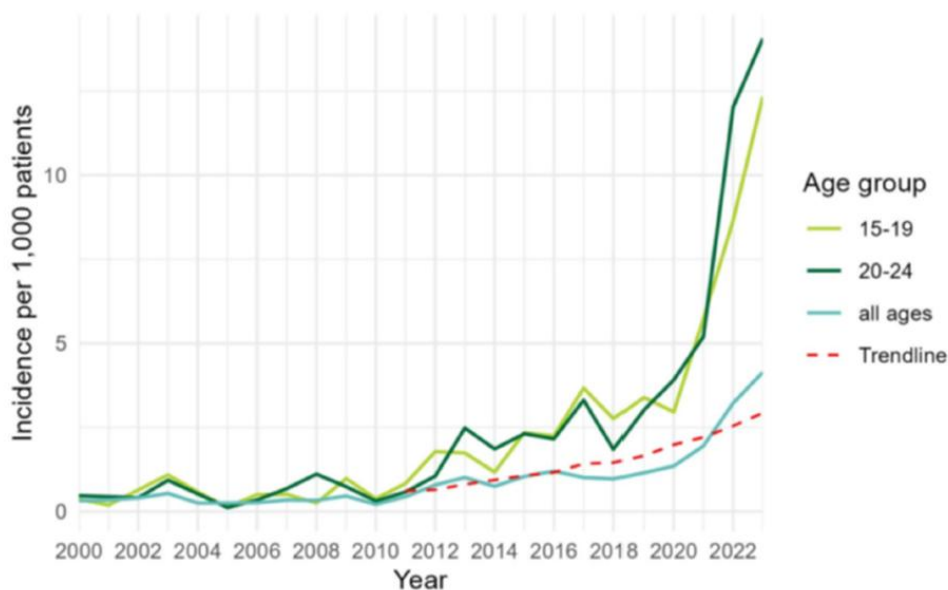
In Europa is schurft de afgelopen twee decennia duidelijk toegenomen, ondanks het beeld dat het vooral een tropische of armoede-gerelateerde aandoening zou zijn. Landen zoals Duitsland, Nederland, Spanje en de Scandinavische landen rapporteren een duidelijke stijging van het aantal besmettingen, vooral onder jongeren en jongvolwassenen. Mogelijke oorzaken zijn: toegenomen reizen en migratie, vertraagde of foutieve diagnoses, verminderde gevoeligheid voor de behandeling en een hoge mate van sociale interactie binnen deze leeftijdsgroep. De stijging leidt tot verhoogde druk op zorginstellingen, vooral in scholen, woonzorgcentra en asielzoekerscentra (22).

6.3 VOORKOMEN IN BELGIË

Historische data die het vóórkomen van scabiës in België systematisch documenteren vóór de jaren '90 ontbreken, aangezien er geen landelijke surveillance bestond. Hierdoor zijn trends in vroegere periodes moeilijk te beoordelen.

Vanaf 1995 tot 2009 was scabiës meldingsplichtig vanaf het eerste vastgestelde geval. In 1995 werd in België een incidentie gerapporteerd van 125 gevallen (ongeveer 2,1 per 100.000 inwoners). In 2001 steeg dit aantal naar 449 gevallen (7,5 per 100.000), waarna het opnieuw afnam tot 231 meldingen in 2005 (3,8 per 100.000). Er is waarschijnlijk sprake van onderrapportering in deze periode. Een prospectieve studie in Gent in 2004 registreerde 64 gevallen, overeenkomend met een incidentie van 28 per 100.000 inwoners in die gemeente. Over het geheel genomen bleef de incidentie relatief stabiel in deze periode, zonder uitgesproken stijgingen of plotse veranderingen (23).

Vanaf circa 2011 is er echter een duidelijke stijgende trend zichtbaar (afbeelding 4). In huisartsenpraktijken in Vlaanderen nam het aantal diagnoses tussen 2011 en 2023 jaarlijks met gemiddeld 15% toe. Een gelijkaardige stijging werd waargenomen in arbeidsgezondheidsdiensten (ongeveer 16% per jaar, 2011-2022). In asielzoekerscentra was de toename nog sterker (ongeveer 41% per jaar, 2016-2022). Ook de verkoop en terugbetaling van behandelingen zoals permethrine steeg mee (ongeveer 15% per jaar, 2012-2022). De incidentie blijkt hoger bij jongere leeftijdsgroepen en in stedelijke gebieden (22).



Afbeelding 4 Incidentie van scabiës in België tussen 2000–2023 (22)

7. BEHANDELING

De behandeling van scabiës bestaat uit twee elementen die steeds gelijktijdig worden toegepast, namelijk de medicamenteuze behandeling en de hygiënische maatregelen.

7.1 MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De patiënt en de nauwe contacten worden steeds gelijktijdig behandeld, ook als de nauwe contacten geen symptomen vertonen. Dit is noodzakelijk om te voorkomen dat iemand direct na de behandeling opnieuw besmet kan raken via diens nauwe contacten (het zogenaamde 'pingpongeffect'). De preventieve behandeling van gezins- en nauwe contacten is hetzelfde als de behandeling van de patiënt met scabiës.

Gezins- en nauwe contacten bij scabiës zijn:

- Alle huisgenoten;
- Niet-samenwonende sekspartners;
- Personen die langdurig (> 15 minuten) of regelmatig huidcontact met een patiënt hebben gehad in de besmettelijke periode.

Indien het gaat over een patiënt die een eerste scabiësinfectie doormaakt worden alle nauwe contacten in de periode van 6 weken voor het begin van de klachten tot op heden gelijktijdig meebehandeld. Bij een herbesmetting bedraagt de besmettelijke periode maximaal 1 week. Alle nauwe contacten vanaf één week voor het begin van de klachten tot op heden worden dan behandeld (6).

Bij scabiës crustosa wordt er een uitgebreider contactonderzoek uitgevoerd. Alle personen die zich in de 6 weken voor het begin van de klachten (tot 10 weken bij personen met een immuunstoornis) in dezelfde ruimte als de patiënt hebben bevonden, lichamelijk contact hadden met de patiënt of contact hebben gehad met kleding of beddengoed van de patiënt, moeten meebehandeld worden. De patiënt met scabiës en de nauwe contacten van de patiënt met scabiës vermijden direct huidcontact met elkaar en anderen tot hun behandeling voltooid is.

Er zijn **4 behandelopties beschikbaar** op de Belgische markt. Deze worden **allen als evenwaardig** beschouwd en zijn dus eerstekeuzemiddelen. Het is aan de arts om in samenspraak met de patiënt te bekijken welke behandeling het meest geschikt is:

- **Permethrine crème 5%**
- **Benzylbenzoaat emulsie 10% en 25%**
- **Ivermectine oraal 0,2mg/kg lichaamsgewicht**
- **Ivermectine crème 1% (off-label)**

De behandelingen van patiënt en nauwe contacten moeten twee keer uitgevoerd worden, op dag 1 en dag 8. Benzylbenzoaat vormt hierop een uitzondering: deze behandeling wordt slechts één keer uitgevoerd gedurende 3 opeenvolgende dagen en moet niet herhaald worden. Als alternatief kan benzylbenzoaat ook worden toegepast op dag 1 en 2, gevolgd door een herhaling op dag 8 en 9, maar dit schema geniet niet de voorkeur (6).

Verwijs een patiënt met **scabiës crustosa** door naar een dermatoloog na voorafgaand overleg. De behandeling bestaat uit een combinatietherapie van orale en lokale behandeling. De behandeling van de index moet worden herhaald en de contactisolatie blijft van kracht zolang er mijten aanwezig zijn (6). Nauwe contacten worden behandeld zoals bij gewone scabiës.

Vanaf 2 weken na de start van de behandeling wordt een opvolgcontact aangeraden (telefonisch of consult) met de patiënt om de doeltreffendheid van de behandeling na te gaan op basis van het naleven van de therapeutische en hygiënische maatregelen, de evolutie van de letsels en jeukklachten (6).

Direct na de behandeling neemt de jeuk toe door het uiteenvallen van de mijten, waardoor de immuunreactie toeneemt. De diagnose 'recidief' wordt vaak (ten onrechte) gesteld op basis van jeuk die nog enige tijd (tot 3 à 4 weken) na de behandeling aanhoudt (8). Sederende, eerste generatie-antihistaminica, mentholpoeder en indifferente middelen (bij droge huid bv. vaseline/paraffinezalf, koelzalf) kunnen verlichting brengen.

7.2 LOKALE BEHANDELINGEN

Dit zijn **permethrine crème 5%, benzylbenzoaat emulsie 10% en 25% en (off-label) ivermectine crème 1%**

Dosering

Er dient voldoende hoeveelheid geneesmiddel beschikbaar te zijn om het lichaam gelijkmatig en volledig in te smeren.

- Voor volwassenen en kinderen ouder dan 12 jaar is gemiddeld 1 tube (30-45 gram) crème of 150-250 ml emulsie vereist per applicatie.
- Voor kinderen van 6 tot 12 jaar volstaat de helft van deze hoeveelheid
- Voor kinderen van 1 tot 6 jaar volstaat een kwart van deze hoeveelheid
- Voor kinderen tot 1 jaar volstaat een achtste van deze hoeveelheid
- Voor grote en/of zwaarlijvige personen dient een grotere hoeveelheid crème/emulsie voorzien te worden.

Applicatieduur

De applicatieduur van de behandeling dient gerespecteerd te worden om de aanwezige mijten op de huid te doden.

Tabel 1 Applicatieduur lokale behandelingen

Behandeloptie	Applicatieduur	Herhalen na 1 week
Permethrine crème 5%	8 à 12u	Ja
Benzylbenzoaat emulsie 10% en 25%	24u, drie opeenvolgende dagen aanbrengen*	Nee
Ivermectine crème 1% (off-label)	8u	Ja

* Het geneesmiddel wordt 3 opeenvolgende dagen aangebracht, zonder tussendoor te wassen. Pas 24u na de derde applicatie mag het gehele lichaam met water en zeep gewassen worden.

Waar aanbrengen

Tabel 2 Te behandelen huidoppervlakten per leeftijd/doelgroep

Leeftijd	Welke huidoppervlakten
Volwassenen en kinderen ≥ 12 jaar	• Vanaf de kaakrand op het hele lichaam aanbrengen (tot en met de voetzolen) • Bijzondere aandacht: ○ polsen ○ oksels ○ geslachtsdelen ○ huidplooien ○ zones tussen de vingers en de tenen ○ onder de nagels van vingers en tenen
Kinderen < 12 jaar, personen met scabiës crustosa, immuungecompromitteerde patiënten, kwetsbare ouderen en patiënten met huidletsels ter hoogte van de hals, wenkbrauwen of behaarde hoofdhuid	• Dezelfde huidoppervlakten als bij volwassenen, én • Het hoofd: het gelaat, de wenkbrauwen, de nek, de oren, de zone achter de oren en de (behaarde) hoofdhuid.

Wanneer aanbrengen

Het is belangrijk om het geneesmiddel aan te brengen op een droge en koele huid. Wanneer het geneesmiddel wordt aangebracht op een vochtige en warme huid (bv. direct na douchen), kan de systemische absorptie toenemen. Hierdoor kan de lokale werkzaamheid afnemen en de kans op systemische bijwerkingen toenemen. Wanneer de patiënt zich wil wassen voor het aanbrengen van de behandeling, is het belangrijk om voldoende lang (minimaal 1 uur) te wachten tot de huid koel en droog is alvorens het product aan te brengen. Het product moet opnieuw aangebracht worden onder nagels, op handen en schaamstreek/bilplooien na toiletbezoek, na het wassen van de handen of andere handelingen die de zelf zouden kunnen verwijderen.

De geneesmiddelen kunnen in principe op elk moment van de dag worden aangebracht.

• **Permethrine 5% en (off-label) ivermectine 1%**

De applicatie gebeurt bij voorkeur 's avonds voor het slapengaan. Tijdens de nacht is het contact met

materialen beperkt. 's Morgens worden de pyjama en het beddengoed onderworpen aan de hygiënische maatregelen.

- **Benzylbenzoaat 10% en 25%**

Dit middel vereist een langere applicatieduur (72 uur). Om praktische redenen wordt ook hier vaak aanbevolen de applicatie 's avonds voor het slapengaan aan te brengen.

7.3 ORALE BEHANDELING

Dit is **ivermectine 0,2mg/kg lichaamsgewicht**

Dosering

Deze orale behandeling bestaat uit een enkelvoudige inname van één of meerdere tabletten ivermectine (0,2 mg/kg lichaamsgewicht). Dit dient na 1 week herhaald te worden. Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie¹ vermeldt volgende dosis in functie van het lichaamsgewicht, conform de bijsluiter.

Tabel 3 Dosering ivermectine oraal (0,2 mg/kg lichaamsgewicht)

Lichaamsgewicht	Dosering	Aantal tabletten	Herhaling
15-24 kg	3 mg	1	De behandeling dient na 1 week herhaald te worden.
25-35 kg	6 mg	2	
36-50 kg	9 mg	3	
51-65 kg	12 mg	4	
66-79 kg	15 mg	5	
≥ 80 kg	18 mg	6	

Bij kinderen < 6 jaar mogen de tabletten voor inname verpulverd worden.

Kinderen < 15kg worden behandeld met permethrine of benzylbenzoaat, zie behandelkeuze per doelgroep (tabel 4).

Wanneer innemen

De dosis ivermectine dient in één keer te worden ingenomen met water en kan op elk tijdstip van de dag worden ingenomen. Ivermectine hoeft niet per se 's avonds voor het slapen ingenomen te worden, maar dit kan de toepasbaarheid van de hygiënische maatregelen na afloop van de behandeling vereenvoudigen (6).

Kostprijs

Sinds juni 2025 wordt ivermectine voor oraal gebruik terugbetaald voor patiënten met scabiës of scabiës crustosa en personen die nauw contact hadden met iemand bij wie scabiës werd vastgesteld. De arts moet hiervoor op voorhand een [aanvraagformulier](#)² invullen.

¹ www.bcfi.be

² https://www.bcfi.be/inami_pdfs/10005_FormDem_A_NL.pdf

7.4 BEHANDELKEUZE

Tabel 4 Behandelkeuze per doelgroep

Doelgroep	Middel van eerste keuze
Kinderen ≤ 2 maanden	Behandel met benzylbenzooat 10% (lokaal) omdat andere behandelopties in deze leeftijdsgroep tegenaangewezen zijn.
Kinderen > 2 maanden en ≤ 15 kg lichaamsgewicht	Behandel met één van volgende evenwaardige geneesmiddelen <i>in functie van de setting, de contra-indicaties, de voorkeur van de patiënt en eventueel falen van een eerdere behandeling</i> : • Permethrine 5% (lokaal) • Benzybenzooat 10% (lokaal) Behandel niet met ivermectine omdat de veiligheid niet is aangetoond.
Kinderen en volwassenen > 15 kg lichaamsgewicht	Behandel met één van volgende evenwaardige geneesmiddelen <i>in functie van de setting, de contra-indicaties, de voorkeur van de patiënt en eventueel falen van een eerdere behandeling</i> : • Permethrine 5% (lokaal) • Benzybenzooat 25% (lokaal) • Ivermectine 0,2 mg/kg lichaamsgewicht (oraal) • Ivermectine 1% (lokaal; off-label)
Zwangeren	Zowel permethrine als benzybenzooat 25% kan veilig gebruikt worden tijdens de zwangerschap. Voor ivermectine (oraal en lokaal) zijn er onvoldoende gegevens beschikbaar die veilig gebruik tijdens de zwangerschap aantonen.
Vrouwen die borstvoeding geven	Zowel permethrine als benzybenzooat 25% kan veilig gebruikt worden bij borstvoeding. Belangrijk: voor start van de borstvoeding dient de crème of emulsie ter hoogte van de tepels verwijderd te worden, na het geven van borstvoeding dient de crème of emulsie terug aangebracht te worden. Gebruik van ivermectine tijdens de periode van borstvoeding is vermoedelijk veilig.

7.5 HYGIËNISCHE MAATREGELEN

Het doel van deze maatregelen is de schurftmijt in de omgeving te doden en zo verdere verspreiding te voorkomen (6). Door de hygiënische maatregelen correct uit te voeren, kan transmissie en herbesmetting via stoffen zoals beddengoed, kleding en handdoeken voorkomen worden.

De hygiënische maatregelen worden steeds toegepast door de patiënt én de nauwe contacten:

- Voor de start van elke medicamenteuze behandeling
- Na afloop van elke medicamenteuze behandeling

Zie ook de behandelplannen voor behandeling met [permethrine 5%](#), [benzylbenzooat 10% en 25%](#), [ivermectine lokaal \(off-label\)](#) en [ivermectine oraal](#), en het aanvullend document met de [hygiënische maatregelen](#).

De schurftmijt kan maximaal 3 dagen overleven zonder contact met de huid en wordt gedood door minstens 35 minuten blootstelling aan minstens 50°C (6). Daarom worden de hygiënische maatregelen steeds toegepast volgens het principe van wassen op minstens 50°C ofwel 3 dagen in een plastic zak op kamertemperatuur bewaren.

- Alle beddengoed en kledij die tot 3 dagen vóór de behandeling werden gedragen, wassen op minstens 50°C.
- Items die niet op 50°C mogen gewassen worden, zoals sommige kledij, stoffen knuffels, kussens, schoenen, pantoffels, rugzakken, hoofddekens, stopt men in afgesloten plastic zakken. Deze zakken gedurende 3 dagen bewaren op een temperatuur tussen 18 en 25,5°C.
- Tapijten, zetels, stoffen stoelen, matrassen³, stoffen autozetel, Maxi-Cosi, kinderwagens, trappenlopers: stofzuigen of 3 dagen huidcontact vermijden (bv. wegzetten bij een temperatuur tussen 18 en 25,5°C, slippers of schoenen dragen of een plastic hoes gebruiken).
- Vermijd fysiek contact met huisdieren gedurende 3 dagen en laat hen niet in de zetel of het bed liggen. De vacht van een huisdier van een patiënt met scabiës kan enkele mijten bevatten. Het dier hoeft niet mee behandeld te worden, omdat de humane mijt dieren niet infecteert (dieren kunnen alleen drager zijn). Huisdieren kunnen wel zorgen voor herbesmetting bij mensen via de mijten in hun vacht, afhankelijk van de intensiteit en duur van contact. De humane schurftmijt overleeft maximaal 3 dagen in de vacht van het huisdier, daarom dient intensief huidcontact (15 minuten) met het huisdier vermeden te worden tot 3 dagen na de start van de behandeling van de patiënt met scabiës. Bovendien dient contact van het huisdier met materiaal waar de patiënt na start van de behandeling mee in contact komt (vb. zetel, bed), vermeden te worden (6,24).
- Bij scabiës crustosa worden alle textiel van de afgelopen 7 dagen verzameld (in plaats van de afgelopen 3 dagen). Dit moet gewassen worden op minstens 50°C ofwel in plastic zakken bewaard worden op een temperatuur tussen 18 en 25,5°C gedurende 7 dagen (6).
- Invriezen wordt als een onbetrouwbare methode gezien en van stomen is bekend dat de mijt hierdoor niet doodgaat (24).
- Het is niet nodig om de omgeving te poetsen of ontsmetten. Er zijn geen extra reinigingsmaatregelen nodig bij gewone scabiës en er is geen wetenschappelijk bewijs voor de doeltreffendheid van ontsmettingsmiddelen om de schurftmijt te doden (6).

8. PREVENTIE

8.1 IMMUNISATIE

Er is geen vaccinatie beschikbaar tegen scabiës.

8.2 ALGEMENE PREVENTIEVE MAATREGELEN

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

³ Zie hygiënische maatregelen voor specifieke maatregelen t.a.v. matrassen

9. MAATREGELEN NAAR AANLEIDING VAN EEN GEVAL

De meldingsplicht in Vlaanderen geldt voor collectieve scabiësinfecties (≥ 2 epidemiologisch gelinkte gevallen binnen een collectiviteit). Voor individuele gevallen met (vermoeden van) scabiës crustosa is dit sterk aanbevolen. Individuele gevallen van gewone scabiës zijn niet meldingsplichtig, maar kunnen aanleiding geven tot advies over contactonderzoek en maatregelen.

9.1 BRONOPSPORING

Bronopsporing is van belang om de bron te identificeren en te behandelen, zodat mogelijke herbesmetting of een nieuwe uitbraak voorkomen worden. Voor bronopsporing moet er geïnventariseerd worden met wie de index intensief contact heeft gehad in de periode voor het ontstaan van de klachten. Bronopsporing wordt voornamelijk aanbevolen in het kader van een collectieve scabiësinfectie of wanneer er aanwijzingen zijn voor transmissie binnen een collectiviteit. Hiervoor kan er een 'trace back' uitgevoerd worden gedurende 6 weken voor het ontstaan van de eerste klachten bij de index. Indien de index immuungecompromiteerd is, betekent dit dat deze trace back tot 10 weken teruggaat. Denk met name ook aan contact met medewerkers, medepatiënten/cliënten en contact met overleden personen met scabiës. Als de bron een persoon is met scabiës crustosa kan het contact minder intensief zijn geweest (zie ook 3.2 besmettingsweg en 3.4 besmettelijkheid).

Ga ook na of de index tot een risicogroep behoort of contact heeft met personen uit de risicogroepen (zie paragraaf 5.1), aangezien dit mogelijk tot de bron van de besmetting kan leiden.

Het is belangrijk om te realiseren dat de bron meestal niet kan worden achterhaald, ondanks uitgebreide bronopsporing.

9.2 CONTACTONDERZOEK

Het doel van contactonderzoek, zowel bij solitaire gevallen als clusters in collectiviteiten, is het opsporen van mogelijk besmette personen en het identificeren van de nauwe contacten. Voor alle contacten met klachten die kunnen wijzen op scabiës, geldt de aanbeveling zich te laten onderzoeken door een deskundig arts (bv. huisarts, dermatoloog) voor de diagnose scabiës.

9.2.1 Gewone scabiës

De nauwe contacten bestaan uit mensen die langdurig (langer dan 15 minuten) of regelmatig huidcontact met een patiënt hebben gehad in de besmettelijke periode, dit is 6 weken voor het begin van de symptomen (10 weken voor immuungecompromiteerde patiënten). Daaronder vallen steeds alle gezinscontacten, maar bijvoorbeeld ook bedpartners, personen die lichamelijke zorg verlenen en logés. Bij samengestelde gezinnen moet er rekening gehouden worden met het overnachten van kinderen op meerdere plekken, waardoor het contactonderzoek uitgebreider kan zijn.

Vraag altijd na of een patiënt verblijft of werkt in een collectiviteit (bv. woonzorgcentrum of kinderdagverblijf), omdat een diagnose in een dergelijk geval aanzienlijke epidemiologische consequenties kan hebben en aanleiding kan geven tot opschaling van maatregelen of meldingsplicht bij meerdere gevallen. In dit geval dient dermatoscopisch/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.

9.2.2 Scabiës crustosa

Bij scabiës crustosa echter zal uitgebreid contactonderzoek moeten plaatsvinden naar alle mensen die bij de patiënt in de leef- of zorgomgeving zijn geweest en/of lichamelijk contact met de patiënt of diens kleding of beddengoed hebben gehad. Dit contactonderzoek gaat tot 6 weken terug voor het begin van de symptomen (10 weken voor immuungecompromitteerde patiënten). Al deze personen behoren tot de behandelgroep.

9.2.3 Type contacten

Tabel 5 Type contacten

Definitie contact	Omschrijving contacten bij gewone scabiës	Omschrijving contacten bij scabiës crustosa
Gezinscontacten	Verblijven in dezelfde leefomgeving. • Inwonende kinderen • Partner(s) • ...	Alle personen die genoemd worden bij gewone scabiës.
Nauwe contacten	Langdurig (>15min) of regelmatig huid-huidcontact. • Seksuele contacten • Logees • Oppas • Knuffelcontacten • ...	Alle personen die genoemd worden bij gewone scabiës. Ook alle personen die in dezelfde ruimte zijn geweest als de indexpatiënt met scabiës crustosa, alsook personen die contact hebben gehad met de kleding of beddengoed van de indexpatiënt.
Overige contacten	Kortdurend (<15min) of niet-regelmatig huid-huidcontact. • Huisarts of kinesist met lichamelijk onderzoek • Persoon waarmee kort fysiek contact is geweest (hand schudden, korte knuffel) • Klasgenoten • ...	Maatwerk, afweging afhankelijk van blootstellingsduur en de intensiteit van het contact.

9.3 MAATREGELEN TEN AANZIEN VAN PATIËNT EN CONTACTEN

Zie ook de behandelplannen voor behandeling met [permethrine 5%](#), [benzylbenzooat 10% en 25%](#), [ivermectine lokaal \(off-label\)](#) en [ivermectine oraal](#), en het aanvullend document met de [hygiënische maatregelen](#).

9.4 GEWONE SCABIËS

Bij personen met gewone scabiës en de nauwe contacten worden behandeling én hygiënische maatregelen gelijktijdig uitgevoerd om (her)besmetting te voorkomen (zie 6.1; het zogenaamde ‘pingpongeffect’). De preventieve behandeling voor nauwe contacten is identiek aan de behandeling van een persoon met klachten en dient dus ook herhaald te worden (uitzondering benzylbenzooat). Bij contacten zonder klachten die niet langdurig en niet regelmatig 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 6 weken na het laatste contact.

Personen die zorg verlenen of op enige wijze zorgcontact hebben met een patiënt of bewoner met vermoede of vastgestelde scabiës, dragen wegwerphandschoenen en een schort met lange mouwen. Bij andere vormen van zorg- en dienstverlening worden ook wegwerphandschoenen en een schort met lange mouwen gedragen bij de volgende activiteiten: het insmeren van een persoon met scabiës, het vervangen van beddengoed en het opbergen van kleren in zakken.

Adviseer de patiënt om de hygiënische maatregelen toe te passen:

- Vanaf 2 weken na de start van de behandeling wordt een opvolgcontact aangeraden (telefonisch of consult) met de patiënt om de doeltreffendheid van de behandeling na te gaan op basis van het naleven van de therapeutische en hygiënische maatregelen, de evolutie van de letsels en jeukklachten.

Bij scabiës crustosa zijn de behandeling, de behandelgroep en de hygiënische maatregelen uitgebreider. De isolatie van een patiënt met scabiës crustosa 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 door een deskundig arts. De follow-up van de patiënt en de monitoring binnen een instelling dient minimaal 20 weken (tweemaal de maximale incubatietijd) gecontinueerd te worden. Nauwe contacten worden behandeld zoals bij gewone scabiës.

Bij een scabiësuitbraak (d.w.z. ≥ 2 gevallen in een collectiviteit) is een snelle, gecoördineerde en zorgvuldige aanpak nodig. Het is belangrijk om de uitbraak systematisch aan te pakken. Onderstaande stappen helpen om de situatie efficiënt te beheersen en verdere transmissie te voorkomen.

- Stel een uitbraakteam samen.
 - Duid een coördinator aan en spreek af wie voor wat verantwoordelijk is.
 - Mogelijke teamleden: directie, CRA, CLB-arts, dermatoloog, geriater, arbeidsgeneesheer, arts/verpleegkundige infectiepreventie, (hoofd)verpleegkundige, logistiek medewerker, ...
- Inventariseer de situatie
 - Hoe lang bestaan de klachten (bronopsporing)?
 - Hoe uitgebreid zijn de huidletsels?
 - Zijn er recente ziekenhuisopnames geweest?
 - Zijn er andere personen (bewoners, leerlingen, medewerkers, ...) met jeukklachten of huiduitslag?
 - Maak een inschatting van nauwe contacten (let op: ruimer bij scabiës crustosa).
- Stel het interventieplan op.
 - Bepaal **wie** behandeld moet worden (index, nauwe contacten, breder personeel/bewonersgroep, ...)
 - Leg vast **waar** de behandeling zal plaatsvinden (bijvoorbeeld op de kamer van bewoners).
 - Bepaal **wanneer** de behandeling start (idealiter gecoördineerd op één dag).
 - Bepaal per patiënt/bewoner **welke medicatie** en welk **behandelprotocol** het meest geschikt is.
 - Koppel de afspraken duidelijk terug naar alle betrokkenen.
- Organiseer de logistiek.
 - Bestel de medicatie.
 - Breng de interne of externe wasserij op de hoogte.
 - Voorzie beschermingsmateriaal voor alle medewerkers die zorg- of ondersteunende contact hebben.
 - Zorg dat douches, beddengoed, kledij en privétextiel volgens de richtlijnen beschikbaar zijn op het behandelmoment.
- Communicatie

- Voorzie duidelijke infobrieven (voor familie, ouders, bewoners, leerlingen, personeel, ...).
- Licht medewerkers grondig in over de maatregelen, symptomen en hun eigen rol.
- Voorbereiden van een mogelijk persbericht (indien relevant).
- Opvolging en evaluatie
 - Plan een evaluatiemoment (bij voorkeur 2 weken na de behandeling).
 - Monitor opnieuw klachten, nieuwe letsels en therapietrouw.
 - Pas het plan aan als nieuwe infecties verschijnen.
 - Documenteer alle stappen zorgvuldig.

9.7 PROFYLAXE

Bij nauwe contacten (zonder klachten) is profylactische behandeling geïndiceerd.

9.8 WERING VAN SCHOOL, WERK OF KINDERDAGVERBLIJF

Kinderdagverblijf

Wering van een kind in een kinderdagverblijf is aanbevolen na diagnose door een arts, tot de eerste behandeling is uitgevoerd. Zie [advies Opgroeien](#)⁴.

School

Geen wering aanbevolen bij schoolgaande kinderen met scabiës. Voor meer details over aanpak in scholen, zie [advies VVWJ](#)⁵.

Werk

Wering van een werknemer met gewone scabiës is vanuit volksgezondheidsperspectief niet zinvol. Tot minimaal 12 uur na start van de behandeling mogen geen taken verricht worden waarbij huid-op-huid contact mogelijk is. 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 (sinds januari 2017) is enkel verbonden aan collectieve scabiësinfecties (meer dan één geval in een collectiviteit). Een collectieve infectie kan zich bijvoorbeeld voordoen in scholen, internaten, woonzorgcentra. Individuele gevallen of familiale clusters zijn niet meldingsplichtig. Bij een vermoeden van scabiës crustosa wordt sterk aanbevolen om contact op te nemen met het team Infectieziektebestrijding voor advisering over de uitgebreide contacttracing en adequate voorzorgsmaatregelen.

⁴ <https://www.kindengezin.be/nl/thema/gezondheid-en-vaccinatie/koorts-ziekte-en-medicatie/ziek/schurft>

⁵ <https://www.vvwj.be/nl/scabies>

Tabel 6 Laboratoriumconformatie en gevalsdefinitie scabiës

CRITERIA
Klinische criteria • Gewone scabiës: (nachtelijke) jeuk. Gangetjes, roodheid, papels; voorkeursplaatsen: tussen vingers, handpalm, binnenkant pols, buitenkant ellebogen, oksels, billen, dijen, navel, voeten, geslachtsdelen. • Scabiës crustosa: verdikte hoornlaag, papels, noduli, op ledematen, hoofd. Vaker indien verminderde jeukperceptie/mogelijkheid tot krabben. • Atypische presentaties bij <2 j en kwetsbare psychogeriatrische patiënten.
Epidemiologische criteria • contact met een bevestigd geval
Criteria voor laboratoriumconfirmatie • aantonen van <i>Sarcoptes scabiei var hominis</i> en/of de eieren/scybala met microscopie, dermatoscopie of PCR.

GEVALSDEFINITIE
Waarschijnlijk • patiënt met klinisch compatibel beeld EN epidemiologische criteria
Bevestigd • patiënt met klinisch compatibel beeld EN laboratoriumconfirmatie

[Contact infectieziektebestrijding per provincie](#) binnen de kantooruren⁶.

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, Opgroeien, team infectiepreventie in een ziekenhuis.

10.3 BESCHIKBAAR VOORLICHTINGS- EN INFORMATIEMATERIAAL

<https://www.departementzorg.be/nl/infectieziekte/scabies-uitbraak-collectiviteit>

Zie [website Opgroeien](#) voor schurft in de kinderopvang⁷.

⁶ <https://www.departementzorg.be/nl/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie>

⁷ <https://www.kindengezin.be/nl/thema/gezondheid-en-vaccinatie/koorts-ziekte-en-medicatie/ziek/schurft>

10.4 LITERATUUR

Toelichting bij de referenties: De referentie naar de richtlijn Scabiës - diagnose en behandeling (6) omvat tevens recente wijzigingen uit de lopende herziening van deze richtlijn, voor zover deze reeds beschikbaar waren ten tijde van de opmaak van dit document. Op het moment van schrijven was deze geactualiseerde versie nog niet gepubliceerd.

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. PubMed PMID: 11640410.
2. De Schrijver K, Tilborghs G. Scabies terug van weggeweest. Vlaams Infectieziektebulletin. 1993;3.
3. Jackson R. Scabies by Kenneth Mellanby. J Cutan Med Surg. 2004 Mar 1;8(2):73–6. doi:10.1177/120347540400800201
4. Selwyn S. Dr Thomas Moffett and the Sixteenth Century Origins of Medical Microbiology. Proc R Soc Med. 1976 Aug;69(8):558–558. doi:10.1177/003591577606900808
5. Wauch M. The Viennese contribution to venereology. Sex Transm Infect. 1977 Aug 1;53(4):247–51. doi:10.1136/sti.53.4.247
6. De Sutter A, Janssen A, Lapeere H, Piessens V, Stul F, Van Royen P. Scabiës - diagnose en behandeling [Internet]. Domus Medica; UGent; Worel; 2025 [cited 2026 Jun 16]. Available from: <https://www.worel.be/worel/document?globals=%7B%22gSessionId%22%3A%222ba6e966-1e45-4a98-be9a-3ca7cb96d3f1%22%7D¶meters=%7B%22PublicationId%22%3A%2247a7822b-4173-438e-82d3-b2a300a37b47%22%2C%22SessionId%22%3A%22558fb000-015f-4928-a6b5-03e066d96793%22%2C%22pJumpFrom%22%3A%22Overview%22%7D>
7. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, Lacroix C, Benderdouche M, Dubertret L, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. J Am Acad Dermatol. 2007 Jan 1;56(1):53–62. doi:10.1016/J.JAAD.2006.07.025 PubMed PMID: 17190621.
8. Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. Lancet Infect Dis. 2006 Dec;6(12):769–79. doi:10.1016/S1473-3099(06)70654-5
9. Sweitzer SE, Winer LH. Norwegian Scabies. Arch Derm Syphilol. 1941 Apr 1;43(4):678. doi:10.1001/archderm.1941.01490220074010
10. Koç Yıldırım S, Demirel Ögüt N, Erbağcı E, Ögüt Ç. Scabies Affects Quality of Life in Correlation with Depression and Anxiety. Dermatol Pract Concept. 2023 Apr 1;13(2):e2023144. doi:10.5826/dpc.1302a144 PubMed PMID: 37196304.
11. Mekkes JR. Amsterdam UMC [Internet]. 2026 [cited 2026 Jun 16]. Schurft (scabies). Available from: <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/stxt/schurft.htm>
12. Yang SY, Kim SS, Kim CW. Effectiveness of Cytochrome c Oxidase Subunit 1 Gene Nested Polymerase Chain Reaction Compared to Dermoscopy or Microscopy Alone for the Detection and Diagnosis of *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* Infection. Ann Dermatol. 2021 Oct 1;33(5):419–24. doi:10.5021/AD.2021.33.5.419 PubMed PMID: 34616122.
13. Shoukat Q, Rizvi A, Wahood W, Coetzee S, Wrench A. Sight the Mite: A Meta-Analysis on the Diagnosis of Scabies. 2023. doi:10.7759/cureus.34390
14. Study Details | NCT06546579 | Sensitivity of Self-collected Skin Sampling for Scabies: a Pilot Study | ClinicalTrials.gov [Internet]. [cited 2026 Jun 18]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06546579?cond=Scabies&viewType=Card&rank=8>
15. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and Ivermectin for Scabies. New England Journal of Medicine. 2010 Feb 25;362(8):717–25. doi:10.1056/NEJMct0910329
16. Chosidow O. Scabies. New England Journal of Medicine. 2006 Apr 20;354(16):1718–27. doi:10.1056/NEJMcp052784
17. Johnston G, Sladden M. Scabies: diagnosis and treatment. BMJ. 2005 Sep 17;331(7517):619–22. doi:10.1136/bmj.331.7517.619

18. Chosidow O. Scabies and pediculosis: neglected diseases to highlight. *Clinical Microbiology and Infection*. 2012 Apr;18(4):311–2. doi:10.1111/j.1469-0691.2012.03791.x
19. Ainslie KEC, Hooiveld M, Wallinga J. Estimation of the epidemiological characteristics of scabies. *Nat Commun*. 2025 Nov 26;16(1):10524. doi:10.1038/s41467-025-65544-y
20. Walton SF, Currie BJ. Problems in Diagnosing Scabies, a Global Disease in Human and Animal Populations. *Clin Microbiol Rev*. 2007 Apr;20(2):268–79. doi:10.1128/CMR.00042-06
21. WHO. World Health Organization [Internet]. 2023 [cited 2026 Jun 16]. Scabies. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
22. Laisnez V, Brosius I, Van Bortel W, Meudec M, Janssens A, Madl J, et al. Increasing trend of scabies in Belgium, 2000–2023. *Archives of Public Health*. 2025 Jul 29;83(1):197. doi:10.1186/s13690-025-01684-3
23. Lapeere H, Naeyaert JM, De Weert J, De Maeseneer J, Brochez L. Incidence of scabies in Belgium. *Epidemiol Infect*. 2008 Mar 16;136(3):395–8. doi:10.1017/S0950268807008576
24. RIVM. Scabiës | LCI-richtlijn [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 18]. Available from: <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/scabies>