

Ziekenhuizen

Scabiës

Werkgroep Infectiepreventie
Vastgesteld: februari 2008
Revisie: februari 2013

Disclaimer:

Dit document mag vrijelijk worden vermenigvuldigd en verspreid mits steeds de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) als auteur wordt vermeld.

Vergewis u ervan dat u de meest recente versie van dit document hebt. De WIP acht zich na het verschijnen van een nieuwe versie van een richtlijn niet meer verantwoordelijk voor verouderde versies.

Aan de samenstelling van deze richtlijn werd, behalve door leden en medewerkers van de WIP, bijgedragen door: mevrouw M.S.J. Pelk-Jongen (hygiënist), Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch; de heer dr. L.W. Barkema (dermatoloog), St. Antonius Ziekenhuis, Sneek; de heer T. Oomen (sociaal verpleegkundige), RIVM, Bilthoven; mevrouw M. Swaanenburg (hygiënist in opleiding), Haga Ziekenhuis, Den Haag.

Inhoudsopgave

1	Voorwoord.....	4
2	Uitgangspunten.....	4
3	Gewone scabiës.....	5
	3.1 Besmettingsweg.....	5
	3.2 Contactonderzoek.....	5
	3.3 Maatregelen rondom de indexpatiënt.....	6
	3.4 Maatregelen ten aanzien van kleding en beddengoed.....	6
	3.5 Reiniging en bestrijding.....	6
4	Scabiës crustosa.....	7
	4.1 Besmettingsweg.....	7
	4.2 Contactonderzoek.....	7
	4.3 Maatregelen rondom de indexpatiënt.....	8
	4.4 Kleding en beddengoed.....	8
	4.5 Reiniging en bestrijding.....	8
Bijlage A.	Literatuur.....	9

1 Voorwoord

Scabiës (schurft) is een huidziekte waaraan wereldwijd ongeveer 300 miljoen mensen lijden.[1,2]

Deze huidziekte wordt voornamelijk overgedragen door langdurig direct lichamelijk contact. De ziekteverwekker is de scabiësmijt, een spinachtig diertje met acht poten. De vrouwelijke mijt is ongeveer 400 µm groot en de mannelijke mijt is de helft kleiner. De vrouwelijke mijt graaft zich, nadat ze is bevrucht, in ongeveer 30 minuten in de huid in. Na twee dagen gaat ze dagelijks 1–3 eitjes leggen en graaft ze een gangetje dat ze dagelijks 0,5–5 mm langer maakt. Hierdoor ontstaat scabiës, die bij mensen in twee varianten kan voorkomen: de normale scabiës en scabiës crustosa (werd voorheen scabiës Norvegica genoemd). Deze twee klinische varianten vormen de uitersten van een spectrum van infecties met enkele mijten (normale scabiës) naar een infectie met duizenden mijten (scabiës crustosa). Het stellen van de diagnose is moeilijk en dient te worden gedaan door een met scabiës bekende dermatoloog.

Scabiës crustosa toont een heel ander klinisch beeld dan normale scabiës, en komt relatief zeldzaam voor. Het wordt vaak pas na dagen tot weken als zodanig herkend. Het komt vaak voor bij zieke mensen met afweerstoornissen waardoor er geen allergische reactie optreedt, of bij neurologische aandoeningen zoals parese of paralyse waarbij men geen of weinig jeuk ervaart. In deze gevallen wordt minder gekrabd, waardoor er minder sterfte onder de mijten is. Hierdoor komt scabiës crustosa relatief vaak voor in het ziekenhuis. Het grote aantal mijten en dus de grotere mate van besmettelijkheid, levert jaarlijks in meerdere zorginstellingen in het land een uitbraak van scabiës op.

Hoewel scabiës niet levensbedreigend is en zelfs niet gevaarlijk voor de patiënt, moet deze aandoening zeer serieus worden genomen. Het hebben van scabiës is belastend voor de patiënt, zowel lichamelijk als emotioneel, vanwege de vaak heftige jeuk en de angst om anderen met scabiës te besmetten. Bovendien kan schaamte een rol spelen. Dit schaamtegevoel is onterecht omdat, in tegenstelling tot wat nogal eens wordt gedacht, de aandoening niet alleen onder zwervers en daklozen voorkomt, maar ook onder normale omstandigheden.

Wanneer scabiës in een ziekenhuis of verpleeghuis voorkomt, brengt dat zeer veel extra werk met zich mee gezien de hygiënische maatregelen die moeten worden genomen om verspreiding tegen te gaan. Naast de maatschappelijke onrust geeft het negatieve publiciteit voor de instelling. Daarom moet bij het ontdekken van scabiës in een ziekenhuis of verpleeghuis alles worden gedaan om verspreiding te voorkomen.

2 Uitgangspunten

☞ Bij twijfel over de vorm van scabiës, moet in de instelling worden uitgegaan van scabiës crustosa. Dat betekent dat, tot de twijfel kan worden weggenomen, behalve de maatregelen voor gewone scabiës, ook de extra maatregelen voor scabiës crustosa geboden zijn.¹

Zie voor de extra maatregelen bij [Hoofdstuk 4: scabiës crustosa](#).

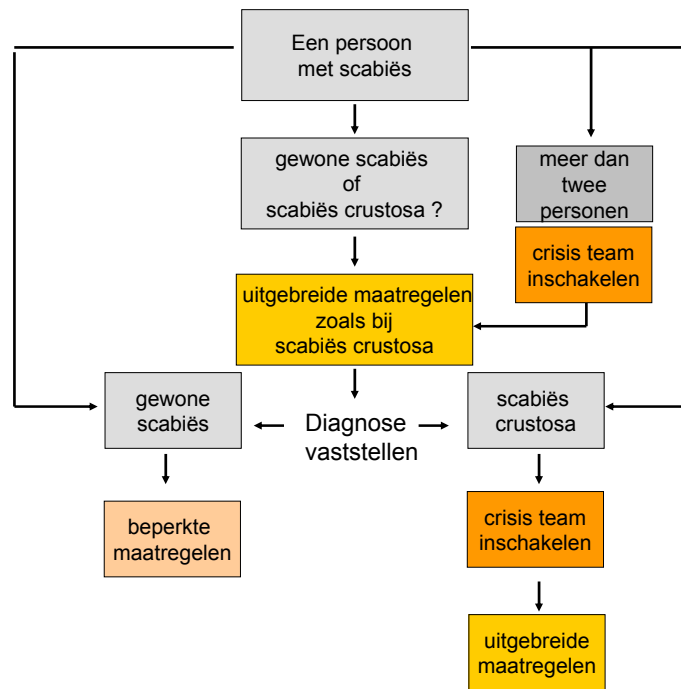
☞ Een uitbraak van scabiës moet aan de GGD worden gemeld.[3]

Er is sprake van een uitbraak, als in het ziekenhuis tenminste twee personen scabiës hebben die op dezelfde afdeling liggen of hebben gelegen binnen zes weken van het begin van de uitbraak.

In het onderstaande stroomdiagram is aangeven welke maatregelen er genomen dienen te worden wanneer scabiës wordt vastgesteld.

¹ Het teken in de kantlijn (“handje”) wil zeggen dat het hier gaat om een aanbeveling, d.w.z. het is een voorzorgsmaatregel waarvan de WIP vindt dat hij moet worden opgevolgd.

Figuur 1: Stroomdiagram: Te nemen maatregelen in verband met scabiës.



3 Gewone scabiës

3.1 Besmettingsweg

De besmetting met gewone scabiës vindt plaats via langdurig (langer dan 15 minuten) huidcontact, dat bijvoorbeeld plaatsvindt bij wassen en zalven. Ook kan de mijt worden overgebracht door besmet beddengoed of door kleding van de patiënt.[4]

De patiënt is besmettelijk zodra er volwassen mijten aanwezig zijn. Na besmetting duurt het een tot twee weken voordat er nieuwe mijten volwassen zijn. De huidaandoening manifesteert zich meestal pas na verloop van tijd. Besmettelijkheid gaat dus aan de klinische verschijnselen vooraf.

3.2 Contactonderzoek

Contactonderzoek betreft de contacten tot zes weken voor aanvang van de klachten. Contacten (bij gewone scabiës) zijn personen die langdurig of frequent huidcontact met een patiënt hebben gehad. Het gedurende dagen delen van een kamer of bij elkaar wonen in een huishouding, levert ook een aanzienlijke kans op overdracht op.

- ☞ Indien bij een patiënt scabiës objectief middels microscopie door een dermatoloog wordt vastgesteld, dient contactonderzoek plaats te vinden onder:
 - medepatiënten op de kamer of zaal, die intensief contact hebben gehad,
 - personeelsleden die direct betrokken zijn bij verzorging c.q. behandeling van de patiënt en minimaal 15 minuten aaneensluitend contact hebben gehad,
 - de directe familieleden van de patiënt en van eventuele personeelsleden die besmet kunnen zijn geraakt.
- ☞ Overgeplaatste patiënten, ontslagen patiënten en personeelsleden die langdurig direct lichamelijk contact hebben gehad met de indexpatiënt en een risico hebben gelopen op besmetting, dienen opgespoord en preventief behandeld te worden.
- ☞ Alle contactpersonen met klachten maar ook personen waarbij microscopisch een scabiës infectie is aangetoond, moeten zo spoedig mogelijk worden behandeld.

- ☞ Patiënten mogen tijdens de behandeling alleen worden overgeplaatst, mits melding wordt gemaakt van mogelijke scabiës besmetting.

NB: Als men door een patiënt met scabiës crustosa besmet is, lijdt men aan gewone scabiës. De mijten zijn niet méér virulent, het is een kwestie van verschil in aantallen parasieten, met als gevolg grotere besmettelijkheid voor anderen bij scabiës crustosa.

3.3 Maatregelen rondom de indexpatiënt

- ☞ Direct huidcontact moet worden vermeden totdat de patiënt met scabiës door de dermatoloog genezen is verklaard.
Vluchtig huidcontact is geen probleem, het is daarom niet risicovol om de patiënt de hand te schudden.[1]
- ☞ De patiënt wordt in contactisolatie verpleegd, waarbij als extra maatregel een wegwerpschort met lange mouwen moet worden gedragen (Zie de WIP-richtlijn: *Contactisolatie*).

3.4 Maatregelen ten aanzien van kleding en beddengoed

- ☞ Om de kans op herbesmetting te verminderen, dient kleding en het beddengoed dat in direct contact is geweest met de huid en dat is gebruikt in de 72 uur voorafgaande aan de behandeling, te worden gewassen bij een temperatuur van tenminste 50°C.
Verwarmen tot een temperatuur van tenminste 50°C, gedurende 10 minuten, doodt de mijt.
- ☞ Indien de kleding en het beddengoed niet bij deze temperatuur kunnen worden gewassen, moeten deze een week, in een dichtgeknoopte plastic zak bij kamertemperatuur, worden bewaard. Datum en tijd worden bij aanvang genoteerd.

Over de overlevingsduur van mijten buiten het lichaam zijn weinig literatuurgegevens bekend. Aangenomen wordt dat de meeste mijten bij een kamertemperatuur van 18 - 20°C na ongeveer drie dagen zo verzwakt zijn dat deze zich niet meer kunnen ingraven in de huid.

3.5 Reiniging en bestrijding

Omdat bij gewone scabiës geen sprake is van grote verspreiding van de scabiësmijten in de omgeving, zijn behalve de normale huishoudelijke reiniging geen extra maatregelen nodig.

4 Scabiës crustosa

☞ Na het vaststellen van scabiës crustosa moet een crisisteam worden ingesteld.

Voor de samenstelling van het crisisteam moet men denken aan een dermatoloog, een adviseur infectiepreventie, een staffunctionaris van de huishoudelijke dienst, een staffunctionaris van de verpleegkundige dienst, een voorlichtingsfunctionaris en de GGD.

Bij een uitbraak van scabiës in een instelling (minstens 2 patiënten gelijktijdig aangedaan) is het verstandig er vanuit te gaan dat er sprake is van scabiës crustosa bij één van de patiënten in de instelling: meestal hebben de indexpatiënten het beeld van gewone scabiës (zij hebben immers een afweerstoornis of neurologisch ziektebeeld waardoor ze niet kunnen krabben of geen jeuk hebben). De vaak vanwege het atypische beeld nog niet ontdekte bron heeft dan het klinische beeld van scabiës crustosa. Het beeld wordt gekenmerkt door een vaak uitgebreide huidaandoening met korsten en hyperkeratose (huidschildering, soms zonder jeuk).

4.1 Besmettingsweg

Bij contact met een patiënt met scabiës crustosa is een vluchtig contact, zoals het opmaken van een bed, al voldoende om besmetting te doen plaatsvinden. Een patiënt met scabiës crustosa is zeer besmettelijk door de aanwezigheid van grote aantallen mijten in de huidschilders en doordat de diagnose veelal laat wordt gesteld. Overdracht van scabiësmijten kan daarom ook al bij kortdurende lichaamscontacten en door het beddengoed (via schilders) plaatsvinden. Patiënten met deze vorm van scabiës vormen vooral voor de medewerkers in de gezondheidszorg en voor de medepatiënten een groot risico.[\[5,6\]](#)

4.2 Contactonderzoek

Bij scabiës crustosa zal een inventarisatie van klachten bij alle contacten van de patiënt met scabiës crustosa naast de profylactische behandeling moeten plaatsvinden. Dit betreft dus niet alleen nauwe contacten zoals verzorgenden en partners (thuis of elders) maar óók alle mensen die vluchtig lichamelijk contact met de patiënt hebben gehad en zelfs mensen die geen lichamelijk contact hebben gehad, maar wel contact hebben gehad met kleding of beddengoed of stoel of bank van de patiënt en zo met diens huidschilders. Dit betreft iedereen die in de kamer van de patiënt is geweest of een kamer met de patiënt heeft gedeeld. Gezien het feit dat patiënten weinig of geen symptomen hebben, met name tijdens de eerste maand van de infectie terwijl ze wel besmettelijk zijn, lijkt screening op scabiës niet of nauwelijks zinvol. Bij een uitbraak is profylactische behandeling noodzakelijk.

☞ Maak een overzicht van waar de patiënt op welk tijdstip is geweest en wie daar mogelijk besmet is geraakt.

Meestal zal dit resulteren in behandeling van een hele afdeling, of soms een hele instelling. Soms zijn er uitbraken in meerdere instellingen tegelijkertijd, bijvoorbeeld bij een patiënt met scabiës crustosa die woont in een verpleeg- of verzorgingshuis en later is opgenomen in een ziekenhuis.

☞ Personeelsleden die een reëel risico hebben gelopen op besmetting, mogen geen andere patiënten verzorgen of behandelen, tenzij die patiënten tot de contactgroep behoren. Deze restrictie geldt tot 24 uur na de behandeling van de patiënt en het personeelslid.

4.3 Maatregelen rondom de indexpatiënt

- ☞ Een patiënt met scabiës crustosa wordt direct behandeld en verpleegd in een eenpersoonskamer.

Op indicatie van de dermatoloog blijft de strikte isolatie van de patiënt gehandhaafd tot deze genezen is verklaard. Bij deze vorm van strikte isolatie hoeven geen muts en mondneusmasker te worden gedragen.
- ☞ Meerdere patiënten met scabiës crustosa worden in cohort verpleegd.
- ☞ Er mag geen huidcontact plaatsvinden met de patiënt of het beddengoed.
- ☞ Bij het betreden van de kamer worden altijd beschermende kleding (een wegwerpschort) met lange mouwen en handschoenen gedragen. Het dragen van een mondneusmasker en muts is niet nodig.[\[5\]](#)
- ☞ Alle mensen die bij de patiënt komen, moeten worden voorgelicht. Daartoe dienen zij zich eerst te melden bij de verpleging. Ook de bezoekers moeten beschermende kleding met lange mouwen en handschoenen dragen.

4.4 Kleding en beddengoed

- ☞ Bij scabiës crustosa dient al het beddengoed en de kleding een week in dichtgeknoopte plastic zakken te worden bewaard en pas daarna te worden afgevoerd naar de wasserij. Indien het wasgoed direct naar de wasserij gaat, moet de wasserij vooraf worden ingelicht.
- ☞ Na behandeling van de patiënt wordt het matras een week gelucht bij een temperatuur van 18- 20°C en een lage tot normale luchtvochtigheid, waarna het matras wordt voorzien van een nieuwe beschermhoes. Indien deze behandeling niet mogelijk is dient het matras afgevoerd te worden voor destructie.

4.5 Reiniging en bestrijding

- ☞ Alle stof dient grondig huishoudelijk te worden verwijderd.

Bij scabiës crustosa kan het aantal mijten op de huid enorm zijn. In de omgeving van de patiënt vindt dan ook een grote verspreiding van de scabiësmijt plaats.
- ☞ Er wordt alleen wegwerpreinigingsmateriaal gebruikt.
- ☞ Indien het niet mogelijk is om gebruik te maken van wegwerpreinigingsmateriaal dan wordt het gebruikte materiaal direct na gebruik gewassen bij een temperatuur van minstens 50°C.
- ☞ De patiëntenkamer wordt na ontslag of genezing gedurende 72 uur niet gebruikt. Het bed blijft gedurende deze periode in de kamer. De kamer dient wel op een kamertemperatuur van tenminste 18- 20°C te worden gehouden. Daarna kan worden volstaan met normale huishoudelijke reiniging van kamer, bed en overig meubilair.

Mijten overleven het best bij een temperatuur van 15°C.
- ☞ De gordijnen op de patiëntenkamer worden gewassen bij een temperatuur van minstens 50°C of indien dit niet mogelijk is gedurende één week in een plastic zak te worden bewaard.

Bijlage A. Literatuur

- 1 Barkema LW. Scabiës. Boerhaavecommissie, Syllabus Boerhaavecursus. 2005; 139-149.
- 2 Vorou R, Remoudaki HD, Maltezou HC. Nosocomial scabies. *J Hosp Infect* 2007; 65(1):9-14.
- 3 Koene RP, Tjioe M, Hoondert K, Van de vrie WORMG, Wulfen M, Voss A. Scabies outbreak in a hospital and in 8 health care institutions caused by an elderly patient with scabies crustosa. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006; 150(16), 918-923.
- 4 BC Centre for Disease Control. Scabies. 2005
- 5 Clark J, Friesen DL, Williams WA. Management of an outbreak of Norwegian scabiës. *Am J Infect Control* 1992; 20:217-220.
- 6 Voss A, Milatovic D, Meis JFGM. Epidemie van scabiës bij personeel in de gezondheidszorg. *Infectieziekten Bull* 1994; 5(7):140-143.