



NHG-Behandelrichtlijn Scabiës

Auteur(s):
De Vries L, Van der Weele GM

Versie 1.0, april 2020

© Nederlands Huisartsen Genootschap



Kernboodschappen

- De medicamenteuze behandeling van scabiës (schurft) bestaat uit een 1e behandeling én een 2e behandeling na 7 tot 14 dagen.
- Behandel seksuele partners, huisgenoten en logés (als er sprake is van > 15 minuten huid-huidcontact) eenmalig, gelijktijdig met de 1e behandeling van de patiënt.
- Lokale behandeling heeft de voorkeur:
 - 1e keus: permetrine
 - 2e keus: benzylbenzoaat
- Behandel jonge kinderen (≤ 2 maanden) met benzylbenzoaat.
- Behandel alleen op indicatie met oraal ivermectine.
- Persisterende of verergerende jeuk kan zeker nog 14 dagen na de behandeling optreden en hoeft in die periode dus niet beschouwd te worden als uiting van falende therapie.
- Voor een solitair geval van scabiës bestaat geen meldingsplicht. Scabiës in zorginstellingen moet worden gemeld bij de afdeling Infectieziektebestrijding van de GGD.



Inleiding

Scope

Adviezen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met scabiës in de 1e lijn.

Afstemming

Bij het opstellen van de aanbevelingen is gebruikgemaakt van de richtlijn [Scabiës](#) van de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding. De behandeling die in de behandelrichtlijn wordt beschreven, sluit hierbij aan (zie Details).

Zie ook: Detail nr. 1 Afstemming



Achtergronden

Epidemiologie

Scabiës komt wereldwijd op alle leeftijden voor. In de Nederlandse huisartsenpraktijk was in 2014 de incidentie van ‘Scabiës en aandoeningen door andere mijten’ (zie Details) (ICPC-code: S72) ongeveer 1 per 1000 persoonsjaren (zie Details).

Zie ook: Detail nr. 2 Epidemiologie

Klinisch beeld

- Kenmerkend voor scabiës is de hevige, vooral nachtelijke jeuk op plaatsen waar de scabiësmijt gangetjes graaft, bijvoorbeeld tussen de vingers en de tenen, aan de buigzijde van de polsen, aan de strekzijde van de ellebogen en in de voorste okselplooiën. Bij kleine kinderen komen afwijkende lokalisaties van de laesies voor: op de handpalmen, voetzolen en in het gelaat.
- De gangetjes zien eruit als smalle, gekronkelde en iets verheven bruine laesies. Aan het begin ervan kan de huid wat schilferen. De mijt bevindt zich aan de andere kant en daar kan een papeltje of blaasje zichtbaar zijn. Ook buiten de voorkeursplaatsen van scabiës kunnen huidafwijkingen voorkomen: roodheid en papels, bijvoorbeeld rond de tepels (voornamelijk bij vrouwen) en de navel, billen, dijën en de (mannelijke) genitaliën. Daarnaast kan een algemenere jeukende uitslag optreden, die geen relatie heeft met het aantal of de plaats van de mijten; dit is een ide- of strooireactie die ook bij dermatomycosen kan optreden.
- *Scabies crustosa (norvegica)* is een zeldzame, ernstige uitingsvorm van scabiës. Deze vorm komt vooral voor bij immuunincompetente patiënten en ouderen met multimorbiditeit. Kenmerkend zijn huidbeschadigingen met een sterke hyperkeratose, papels en noduli op vooral de extremiteiten. Jeuk kan minder op de voorgrond staan of zelfs afwezig zijn door de verminderde of afwezige immuunreactie.



Scabiës op de buigzijde van de pols
© www.dermnetnz.org/topics/scabies/




Gangetjes scabiës
© www.dermnetnz.org/topics/scabies/



Scabiës bij moeder en kind
© <http://africanskindiseases.org/wiki/pdf/skindiseases.pdf>

Etiologie

- 
- Scabiës is een infectieziekte van de huid en wordt veroorzaakt door de mijt *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. De mijten graven gangetjes in het stratum corneum van de huid op bepaalde voorkeursplaatsen (zie [Klinisch beeld](#)). De vrouwelijke mijt legt tientallen eitjes in deze gangetjes, waarna ze nog 4 tot 6 weken blijft leven. In ongeveer 3 dagen ontwikkelen de eitjes zich tot larven, die na 17 dagen geslachtsrijp zijn.
 - Besmetting treedt op:
 - door huid-huidcontact (> 15 minuten, zoals tussen bedgenoten)
 - door frequente huidcontacten (bijvoorbeeld tussen ouder en kind of tussen verzorgend personeel en bewoners in zorginstellingen)
 - via beddengoed in een bed waar een patiënt met scabiës heeft gelegen
 - Risicofactoren voor besmetting zijn:
 - verminderde persoonlijke hygiëne (bijvoorbeeld bij daklozen)
 - verminderde voedingstoestand
 - verscheidene personen die dicht bij elkaar verblijven (zoals bewoners en personeel van instellingen, mensen in woongroepen en vluchtelingen)
 - reizen naar gebieden waar scabiës endemisch is of reizen onder slechte hygiënische omstandigheden
 - intiem lichaamscontact met verscheidene partners
 - *Sarcoptes scabiei* var. *canis* kan animale scabiës veroorzaken als gevolg van nauw contact met geïnfecteerde dieren. Een besmetting van hond naar mens is niet zeldzaam (zie Details). Ook indirecte overdracht is mogelijk wanneer bijvoorbeeld de kat op bed mag slapen.

Zie ook: Detail nr. 3 Etiologie

Prognose en natuurlijk beloop

- Na een 1e besmetting duurt het 2 tot 6 weken (zie Details) voordat de klachten zich ontwikkelen. Na een herbesmetting kunnen de klachten door sensibilisatie al na 24 uur optreden. De patiënt is besmettelijk als er mijten op het huidoppervlak aanwezig zijn. De hoeveelheid mijten bepaalt de mate van besmettelijkheid en is richtinggevend voor de behandeling.
- Bij scabiës is er sprake van gemiddeld 1 tot 10 mijten. Bij scabies crustosa is er sprake van een groot aantal mijten op het huidoppervlak: gemiddeld 100.000 tot 1 miljoen. Dit geeft een hoge graad van besmettelijkheid, waardoor de infectie ook via vluchtig huid-huidcontact en zelfs aerogeen (wapperen van lakens of kleding) kan worden overgedragen.

Zie ook: Detail nr. 4 Prognose en natuurlijk beloop

Richtlijnen diagnostiek

De diagnose kan moeilijk zijn doordat de aandoening weinig voorkomt en de gangetjes niet altijd duidelijk zichtbaar zijn.

Anamnese

Vraag naar:

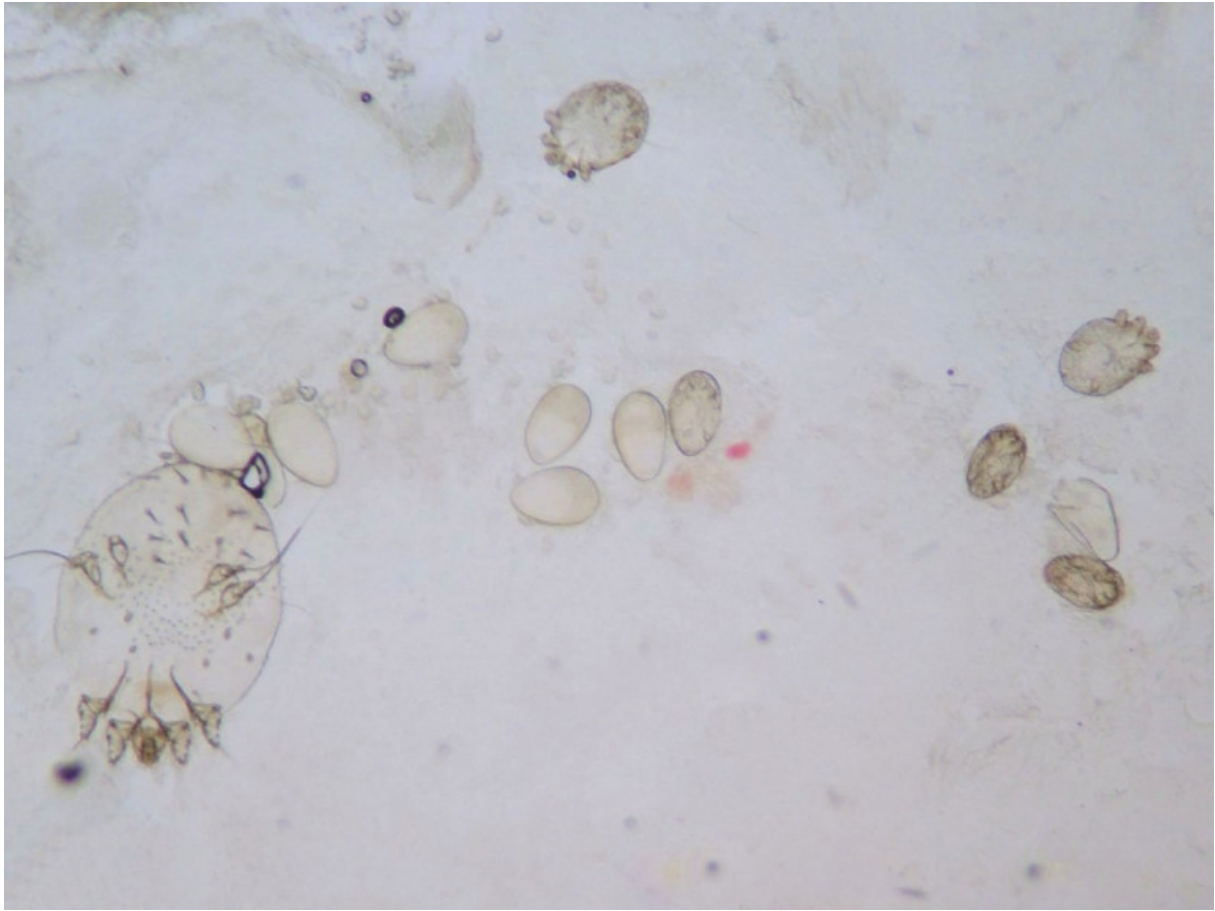
- de duur van de klachten
- de mate en het tijdstip van jeuk
- jeuk en/of huiduitslag bij gezinsleden, seksuele partners, medebewoners of collega's; schat op basis van de seksuele anamnese in of een test op soa's - inclusief hiv - aangewezen is, zie [NHG-Standaard Het soa-consult](#)
- reizen naar endemische gebieden of ontwikkelingslanden en/of reizen onder slechte hygiënische omstandigheden

Lichamelijk onderzoek

- Let op symptomen die op scabiës (kunnen) duiden:
 - scabiësgangetjes op voorkeurslokalisaties
 - roodheid en papels op andere plaatsen, zoals rond de navel, tepels, billen, genitaliën/schaamstreek
 - krabeffecten met korstjes en/of secundaire impetiginisatie
- Beoordeel tevens de uitgebreidheid van de laesies.

Aanvullend onderzoek

- Bij kenmerkende bevindingen, zoals het aantreffen van gangetjes, kan met grote waarschijnlijkheid de diagnose op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek worden gesteld. Aanvullend onderzoek is dan niet strikt noodzakelijk.
- Het kan nodig zijn de diagnose te bevestigen, bijvoorbeeld bij zwangeren of vrouwen die borstvoeding geven, bij bewoners van instellingen of personen die langdurig huid-huidcontact hebben met een (mogelijk) besmette patiënt of bij diagnostische twijfel. Dan zijn er de volgende opties voor aanvullend onderzoek.
 - Microscopisch onderzoek: de aanwezigheid van de scabiësmijt, eieren of excreta kan bevestigd worden door microscopisch onderzoek van een preparaat van huidschraapsel. Verwijder met een mesje de bovenste huidlaag bij een papeltje of gangetje. Verweek eventueel de huidcellen eerst in een KOH-oplossing, leg ze onder een dekglasje en bekijk het preparaat onder de microscoop met een vergroting van 40x.
 - Dermatoscoop: met een dermatoscoop (een verlicht vergrootglas) zijn grotere mijten soms te zien als kleine zwarte driehoekjes (V-vormen, deltateken).
 - Polymerase chain reaction (PCR) voor scabiës (zie Details): bestaat er twijfel aan de diagnose, stuur dan een huidschraapsel van een verdachte plek, droog in een steriele container, naar een microbiologisch laboratorium dat een PCR voor scabiës kan verrichten. Dit is geen routinetest die overal beschikbaar is.



Figuur 1: Volwassen scabiësmijt
© huidziekten.nl



Figuur 2: Dermatoscopisch beeld
© <https://www.dermnetnz.org/topics/scabies/>

Zie ook: Detail nr. 5 Aanvullend onderzoek

Differentiaaldiagnose

In de differentiaaldiagnose passen vrijwel alle jeukende huidaandoeningen, zoals urticaria, diverse vormen van eczeem en voedselovergevoeligheid (zie [NHG-Standaard Eczeem](#) en [NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid](#)).

Evaluatie

De diagnose wordt aannemelijk gemaakt door de anamnese en door de bevindingen bij lichamelijk en/of aanvullend onderzoek. Het aantonen van een scabiësmijt onder de microscoop is bewijzend voor de diagnose.

Richtlijnen beleid

Meldingsplicht

- Voor een solitair geval van scabiës bestaat geen meldingsplicht.
- In het kader van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid is er sprake van een meldingsplicht bij:
 - verscheidene gevallen van scabiës op een kinderdagverblijf, een basisschool, een internaat, een opvangcentrum of een zorginstelling
 - scabies crustosa
- Is er een scabiësuitbraak in een (zorg)instelling, die kan beginnen bij 1 bewoner of werknemer, stem dan (in samenspraak met het hoofd van de instelling) het beleid af met de afdeling Infectieziektebestrijding van de GGD en/of een dermatoloog.

Zie ook: Detail nr. 6 Meldingsplicht

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Adviseer:
 - aan huisgenoten om eigen handdoeken en beddengoed te gebruiken (zie Details)
 - om alle kledingstukken en beddengoed die vanaf 72 uur voorafgaand aan en tijdens de behandeling gebruikt zijn minimaal 10 minuten te wassen bij minimaal 50 °C
 - om minder goed wasbaar textiel, zoals knuffeldieren, gedurende 72 uur in een gesloten plastic zak op kamertemperatuur te bewaren (zie Details)
- Leg uit:
 - dat de jeuk in het begin van de behandeling kan toenemen doordat de mijten uiteenvallen, waardoor de allergische reactie kan verergeren. De jeuk kan nog enkele weken aanhouden. Dit hoeft niet te betekenen dat de behandeling heeft gefaald.
 - dat de behandeling succesvol is als er geen nieuwe huidafwijkingen meer ontstaan.

Zie ook: Detail nr. 7 Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Thuisarts

Verwijs naar de informatie over scabiës op [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl), die is gebaseerd op deze NHG-Behandelrichtlijn.

Medicamenteuze behandeling

Bij een sterk vermoeden van de diagnose kan een medicamenteuze (proef)behandeling worden ingezet; behandel bij zwangerschap of lactatie echter alleen op strikte indicatie.

- Lokale behandeling heeft de voorkeur boven een orale behandeling vanwege de geringere kans op systemische bijwerkingen. Het bijwerkingenprofiel van de diverse middelen en de kosten zijn vergelijkbaar, de vergoeding is echter niet vergelijkbaar.
- Permetrine (crème 5%) is de effectiefste lokale behandeling van scabiës, gevolgd door benzylbenzoaat.

- In sommige situaties heeft oraal ivermectine de voorkeur.
 - Als lokale therapie op onoverkomelijke praktische bezwaren stuit of therapietrouw niet te verwachten is.
 - Als behandeling met permitrine en benzylbenzoaat faalt (zie Details [noot 11]).
 - Als de patiënt een bewezen allergie of contra-indicatie voor permitrine en benzylbenzoaat heeft.
 - Om praktische redenen als bij een uitbraak van scabiës in een zorginstelling een groot aantal personen zonder klachten meebehandeld moet worden.
- Overweeg, zo nodig in overleg met een dermatoloog, een combinatie van lokale behandeling met oraal ivermectine bij:
 - aanwijzingen voor een hoge besmettelijkheid: aanwezigheid van honderden tot duizenden mijten/gangetjes, forse huidafwijkingen, > 3 secundaire gevallen van scabiës binnen 2 weken
 - immuungecompromitteerde patiënten

Zie ook: Detail nr. 8 Medicamenteuze behandeling

Algemene instructies

- Herhaal de behandeling, ongeacht welke, na 7 tot 14 dagen met hetzelfde geneesmiddel en dezelfde toedieningsvorm (zie Details).
- Behandel de seksuele partner(s) en de huisgenoten (zonder klachten) in principe volgens dezelfde instructies als de patiënt en met hetzelfde middel als de patiënt, maar dan eenmalig. Doe dit tegelijk met de 1e behandeling van de patiënt omdat (her)besmetting door intiem of direct huidcontact gemakkelijk optreedt.
- Jeuk kan zo nodig verlicht worden met een indifferente (vet)crème (zie [NHG-Standaard Eczeem](#)), een lokaal jeukstillend middel of een oraal antihistaminicum (zie [NHG-Behandelrichtlijn Urticaria en angio-oedeem](#)).
- Wees bij een behandeling van scabiës terughoudend met het gebruik van corticosteroidzalven of -crèmes: gebruik ervan kan het beeld verergeren of atypisch maken, tenzij er sprake is van kortdurend en/of intermitterend gebruik.

Zie ook: Detail nr. 9 Algemene instructies

Lokale behandeling

1e keus bij leeftijd \geq 2 maanden: permitrine (crème 5%)

- Permetrine doodt zowel de schurftmijt als de eitjes. Was 8 tot 12 uur na het ('s avonds) insmeren het lichaam goed met water en zeep.
- Hoewel er nauwelijks sprake is van percutane absorptie, is veiligheid een aandachtspunt bij het gebruik van permitrine tijdens de zwangerschap (zie Details). Tijdens lactatie lijkt het veilig de melk af te kolven en weg te gooien tot 24 uur na de start van de behandeling.
- Incidentele bijwerkingen: tijdelijke verergering van de jeuk en irritatie van de huid met branderig erytheem.

- Dosering permitrine 5% op leeftijdscategorie (zie Details):
 - 2 maanden tot 6 jaar: tot 7,5 gram eenmalig
 - 6 jaar tot 12 jaar: tot 15 gram eenmalig
 - > 12 jaar: tot 30 gram eenmalig
- Zie ook [Algemene instructies](#) en [Aanvullende instructies bij lokale behandeling](#).

Zie ook: Detail nr. 10 1e keus bij leeftijd \geq 2 maanden: permitrine (crème 5%)

2e keus bij leeftijd \geq 2 maanden (en 1e keus bij kinderen < 2 maanden): benzylbenzoaat (smeersel 25% FNA)

- Benzylbenzoaat doodt de schurftmijt, maar niet de eitjes. Het middel heeft een onaangename geur.
- Laat het middel na insmeren 24 uur inwerken en smeer daarna nogmaals in zonder tussendoor te wassen. Was 24 uur hierna het hele lichaam goed met water en zeep.
- Incidentele bijwerkingen: huidirritaties en allergische huidreacties.
- Zie ook Algemene instructies en Aanvullende instructies bij lokale behandeling.

Aanvullende instructies bij lokale behandeling

- Draag wegwerphandschoenen en kleding met lange mouwen bij het insmeren van een patiënt.
- Breng de crème aan op een schone, droge en koele huid en voorkom dat het middel in de ogen, in de mond of op andere slijmvliezen komt.
- Knip de nagels kort.
- Bij volwassenen en kinderen > 2 jaar: smeer het hele lichaam in vanaf de kaakrand tot onder de voetzolen, ook tussen de vingers en tenen, de polsen, de oksels, de uitwendige genitaliën, de billen en onder de nagels van vingers en tenen (gebruik hier eventueel een zachte tandenborstel voor).
- Bij kinderen < 2 jaar en bij kwetsbare oudere patiënten: smeer ook de hoofdhuid, het gezicht, de wenkbrauwen, de nek en de oren in. Probeer huid-mondcontact te vermijden bij kinderen < 2 jaar, mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten, bijvoorbeeld door sokjes en handschoenen aan te (laten) doen.
- Gebruik tijdens de behandeling geen schoonheidsproducten of andere crèmes.
- Schakel eventueel de thuiszorg in bij praktische problemen (bijvoorbeeld de rug insmeren bij alleenstaande ouderen).

Orale behandeling

Ivermectine (tablet 3 mg); dit middel doodt de schurftmijt.

- Dosering en toediening: 0,2 mg/kg lichaamsgewicht in 1 gift; binnen 2 uur vóór en 2 uur na inname geen voedsel gebruiken.
- Contra-indicaties: kinderen < 15 kg en bij zwangerschap en lactatie.
- Als bijwerkingen worden in onderzoek gezien: milde hoofdpijn en verergering van de jeuk (zie [Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen](#)).



Overige middelen

- Sinds kort is ook lokaal ivermectine 1% verkrijgbaar in Nederland, maar dit is (nog) niet geregistreerd voor de behandeling van scabiës. Ondanks hoopvolle onderzoeksresultaten is een goede plaatsbepaling nog niet mogelijk (zie Details [noot 15]).
- De effectiviteit van alternatieve middelen zoals aloë vera en tea-tree-olie is onvoldoende aangetoond. Bovendien zijn deze middelen in Nederland niet geregistreerd voor de behandeling van scabiës. Ze worden om deze redenen niet aangeraden (zie Details [noot 16]).

Zie ook: Detail nr. 11 Overige middelen

Controle

Vraag de patiënt contact op te nemen:

- als de jeuk na 2 weken verergert of > 4 weken aanhoudt
- als er nieuwe plekje verschijnen

Consultatie en verwijzing

- Vermeld de infectie bij verwijzing/opname van een patiënt met actieve scabiës.
- Gezien de epidemiologische consequenties: overleg met de GGD en/of een dermatoloog bij het vermoeden van scabiës in een (zorg)instelling over bevestiging van de diagnose (als die nog niet bevestigd is) en over de aanpak.
- Consulteer of verwijst naar een dermatoloog bij (het vermoeden van) scabies crustosa



Detail nr. 1 Afstemming

Gebruikte bronnen voor algemene en achtergrondinformatie

Voor de beschrijving van de pathologie, etiologie, diagnose en differentiaal diagnose is vooral gebruik gemaakt van het leerboek van Sillevius [1](#) en van de LCI-richtlijn Scabiës. [2](#)



Detail nr. 2 Epidemiologie

Soorten mijten

Sarcoptes scabiei hominis veroorzaakt scabiës. Andere mijten dan *sarcoptes scabiei hominis* (schurftmijt) zijn *sarcoptes scabiei canis*, *cheyletiella yaguri* e.a. (schilfermijt), *dermanyssus gallinae* e.a. (vogelmijt) en *demodex folliculorum* (follikelmijt).

Epidemiologie

Incidentie en prevalentie van 'Scabiës/andere aandoening' (ICPC S72) door mijten in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2014 (per 1000 patiëntjaren) zijn beide 1,1 bij mannen en 1 bij vrouwen. Op de huisartsenpost is 0,2 per 1000 contacten per jaar vanwege 'Scabiës/andere aandoening door mijten'. De hoogste incidentie en prevalentie ligt bij de leeftijdsgroep 19-24 jaar (incidentie en prevalentie bij mannen respectievelijk 3,4 en 3,5 en bij vrouwen 3,5 en 3,4). De gerapporteerde prevalentie is een jaarprevalentie. Zowel de incidentie als de prevalentie is uitgedrukt per 1000 persoonsjaren. [3](#)



Detail nr. 3 Etiologie

Animale scabiës

In Engels onderzoek waren er scabiëslaesies bij 34 van de 65 mensen met contacten met besmette honden. Op basis van de gegevens (1991) van de Vakgroep Geneeskunde van Gezelschapsdieren in Nederland blijkt dat in 60% van de bij hen aangemelde gevallen een contactinfectie optreedt van hond naar mens. [4](#)



Detail nr. 4 Prognose en natuurlijk beloop

Natuurlijk beloop

Jeuk en een ontstekingsreactie in de huid ontstaan meestal 2 tot 6 weken na de besmetting. Oorzaak is een immuunreactie van de patiënt op substanties op het oppervlak van de mijten en op excreta van de mijten (het secreet, de uitwerpselen, de eitjes). Dit is een vertraagd type IV overgevoelighedsreactie. Bij patiënten met een verminderde overgevoelighedsreactie of verminderde immunocompetentie (fragiele ouderen of HIV geïnficeerden) kunnen deze reacties pas maanden later optreden.



Detail nr. 5 Aanvullend onderzoek

PCR bij scabiës

- Overweeg alleen de PCR aan te vragen wanneer de uitslag hiervan consequenties heeft voor de behandeling.
- De sensitiviteit is 87%. [5](#)
- Afname: stuur een huidschraapsel van een verdachte plek droog in een steriele container op naar een microbiologisch laboratorium dat een PCR bij scabiës kan verrichten.



Detail nr. 6 Meldingsplicht

Meldingsplicht

Volgens Artikel 26 van de Wet Publieke gezondheid moet het hoofd van de instelling de infectie melden bij de gemeentelijke gezondheidsdienst van de gemeente waarin de instelling gelegen is. Het hoofd van de instelling kan de infectie alleen melden wanneer hij op de hoogte is gebracht van de situatie van meldingsplicht in het kader van artikel 26 wat betreft scabiës. Meer informatie over de meldingsplicht staat op de website van het [RIVM](#) en de site van de [overheid](#).



Detail nr. 7 Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Besmettingsduur via kleding

Scabiës wordt waarschijnlijk zelden alleen via kleren, handdoeken of beddengoed overgedragen. Theoretisch kunnen eitjes na 3-5 dagen nog uitkomen. Omdat kleding bij transmissie nauwelijks een rol speelt, wordt een termijn van 72 uur aangehouden. [2](#)

Niet-medicamenteuze adviezen

De genoemde niet-medicamenteuze adviezen zijn gebaseerd op andere richtlijnen en consensus. Onderzoek naar deze niet-medische adviezen is er nauwelijks waardoor onderbouwing hiervoor ontbreekt.

Detail nr. 8 Medicamenteuze behandeling

Vergelijking scabiësbehandelingen

In Nederland zijn voor de behandeling van scabiës verkrijgbaar: de *lokale* middelen permethrine crème 5% en benzylbenzoaat smeersel 25% en het *orale* middel ivermectine 200 µg/kg. Sinds februari 2016 is ook *lokaal* ivermectine 1% verkrijgbaar in Nederland, maar (nog) niet geregistreerd voor de behandeling van scabiës.

Onderzoeken over de in Nederland geregistreerde middelen en doseringen voor scabiës worden in deze noot beschreven. Er zijn geen relevante onderzoeken gevonden die waren uitgevoerd in Nederland of in de eerste lijn.

Cruciale uitkomstmaat: genezing van scabiës (gedefinieerd als het verdwijnen van alle scabiëslaesies en het niet meer ontstaan van nieuwe scabiëslaesies).

Beschrijving onderzoeken Cochrane review

Een Cochrane-review over de behandeling van gediagnostiseerde scabiës [Strong 2007] [6](#) includeerde gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (RCT's) naar verschillende scabiësbehandelingen onder volwassenen en kinderen met de diagnose scabiës. De gebruikte uitkomstmaten in deze review waren: klinisch niet-genezen scabiës en parasitologisch bewezen niet-genezen scabiës. Niet-genezen is hierbij gedefinieerd als aanwezigheid van oude laesies, opkomen van nieuwe laesies en bewezen levende mijten. Van de 79 gepubliceerde onderzoeken voldeden 22 aan de inclusie-criteria, waarvan 19 onderzoeken in laag ontwikkelde landen.

Oraal ivermectine versus placebo

De Cochrane-review bevat 1 onderzoek naar ivermectine versus placebo (n = 55), waarbij na 7 dagen gekeken is naar het aantal niet-genezen patiënten [Macotela-Ruiz 1993]. [7](#) In de ivermectine-groep hadden minder behandelingen gefaald (RR 0,24; 95%-BI 0,12 tot 0,51).

Oraal ivermectine versus permethrine

In 2 onderzoeken werd ivermectine vergeleken met permethrine, beide eenmalig toegediend [Usha 2000, Bachewar 2009]. [8](#) [9](#) Na 2 weken follow-up vond Usha (n = 85) meer falende behandelingen in de ivermectine-groep (RR 13,50; 95%-BI 1,84 tot 99,26). Ook Bachewar (n = 55) vond dit na 1 week follow up (RR 2,90; 95%-BI 1,21 tot 6,96). In beide onderzoeken (n = 140) is geen sprake van significante heterogeniteit. In het algemeen laten ze zien dat er bij gebruik van ivermectine significant meer falende behandelingen zijn dan bij gebruik van permethrine (RR 4,61; 95%-BI 2,07 tot 10,26; p = 0,00018).

Oraal ivermectine versus benzylbenzoaat

In 2 onderzoeken werd ivermectine vergeleken met benzylbenzoaat [Bachewar 2009, Nnoruka 2001]. [9](#) [10](#) In het onderzoek van Bachewar (n = 52) werd benzylbenzoaat 2 keer aangebracht met 1 nacht ertussen; na 1 week follow-up was er geen significant verschil tussen de 2 groepen. Nnoruka (n = 58) vond na 30 dagen follow-up significant meer falende behandelingen in de benzylbenzoaat-groep (RR 0,13; 95%-BI 0,03 tot 0,53; p < 0,0001). Het effect van de 2 groepen samen kon niet samengevoegd worden omdat de onderzoeken te heterogeen waren.

Permetrine versus benzylnbenzoaat

In 1 onderzoek (n = 53) werd permetrine (eenmalig aangebracht) vergeleken met benzylnbenzoaat (2 keer aangebracht met een nacht ertussen) [Bachewar 2009]. [9](#) Na 1 week werd geen significant verschil in falen van de behandeling gevonden (RR 0,74; 95%-BI 0,26 tot 2,14).

Conclusie Cochrane review

De algemene conclusie in de Cochrane-review is dat permetrine de effectiefste behandeling voor scabiës is. De studie van Bachewar vond geen significant verschil tussen permetrine en benzylnbenzoaat, maar dit was een klein onderzoek (n = 53) en de gegevens uit het onderzoek waren beperkt tot één week follow-up. Na permetrine is oraal ivermectine het effectiefst [Strong 2007]. [6](#)

Aanvullend onderzoek

In aanvulling op de eerdere Cochrane-review [Strong 2007] [6](#) is een review [Mounsey 2013] [11](#) van de onderzoeken van Sharma, Chhaiya en Goldust voor Nederland van belang [Sharma 2011, Chhaiya 2012, Goldust 2012]. [12](#) [13](#) [14](#)

Vergelijking permetrine met oraal ivermectine één- of tweemaalig

Sharma deed een prospectief, gerandomiseerd, dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek in India van december 2006 tot maart 2008, met als uitkomstmaten: meer dan 50% vermindering van het aantal laesies en van de mate van jeuk, en negatieve microscopie. Dit is onderzocht bij 3 verschillende interventies: permetrine crème 5% (insmeren van nek tot teen en 8 uur laten zitten), ivermectine oraal 200 µg/kg eenmalig en ivermectine oraal tweemaalig met 14 dagen ertussen dan wel een lokaal of oraal placebo. Patiënten werden gecontroleerd na 1, 2 en 4 weken; wanneer de patiënten bij controle niet genezen waren, werd de afgesproken interventie aangehouden.

Na 2 en 4 weken werd geen significant verschil gezien tussen permetrine en oraal ivermectine, eenmalig en tweemaalig (na 2 weken waren 111 van de 117 patiënten genezen in respectievelijk 94,7%, 95%, 92,3% en na 4 weken waren 110 van de 117 in respectievelijk 100%, 90% en 92,3% genezen). In de eerste week had de permetrine-groep een sterkere vermindering van laesies en jeuk (respectievelijk 92,5%, 72,5%, 72,5%, p = 0,019).

De auteurs concluderen: permetrine en ivermectine zijn even effectief na 4 weken, permetrine laat in de eerste week een snellere verbetering zien [Sharma 2011]. [12](#)

Vergelijking permetrine met lokaal en oraal ivermectine een- of tweemaalig

Chhaiya deed van 2007 tot 2009 een open-label, gerandomiseerd klinisch onderzoek in India, met klinische genezing van scabiës-laesies als uitkomstmaat in een vergelijking van 3 interventies (respectievelijk n = 99, n = 100 en n = 101):

- Permetrine crème 5% (insmeren van nek tot teen en 8 uur laten zitten).
- Ivermectine oraal 200 µg/kg.
- Ivermectine lotion 1% (smeren op aangedane huid en 8 uur laten zitten).

Alle patiënten kregen het antihistaminicum hydroxyne 10 of 25 mg 2dd tegen de jeuk. Patiënten werden 4 keer gecontroleerd, elke keer na 1 week. Bij degenen die niet waren genezen werd de therapie herhaald.

In de 1^e en 2^e week werd een verschil geconstateerd tussen oraal ivermectine en lokaal ivermectine en permitrine. De genezing van scabiës met permitrine was aanvankelijk significant beter dan met oraal ivermectine, maar na 3 weken werd geen significant verschil meer gezien tussen permitrine en oraal ivermectine (beide eenmalig). Zie [tabel 1](#).

De auteurs concluderen: permitrine is effectiever dan oraal ivermectine [Chhaiya 2012]. [13](#)

Tabel 1

Controle wkn / genezingspercentage	Ivermectine oraal n = 100	Ivermectine lokaal n = 101	Permetrine n = 99	P = waarde
1 ^e	30%	69,30%	74,8%	(p < 0,05)
2 ^e	63%	100%	99%	(p < 0,05)
3 ^e	99%	100%	100%	(p = 0,367)

Vergelijking permitrine met oraal ivermectine éénmalig


Goldust verrichtte een geblindeerd gecontroleerd onderzoek in Iran van april 2008 tot april 2011, met als uitkomstmaat geen nieuwe laesies en genezing van alle oude laesies. Het betrof een vergelijking tussen permitrine crème 5% (insmeren van nek tot teen, 12 uur laten zitten, na 1 week herhalen) en ivermectine oraal 200 µg/kg eenmalig. De groepen kregen de medicatie in identieke verpakkingen zodat het team niet wist wie welke medicatie kreeg. Patiënten werden gecontroleerd na 2 en na 4 weken.

Na 2 weken werd geen significant verschil gezien tussen permitrine en oraal ivermectine: 112/121 (92,5%) patiënten waren genezen in de permitrine-groep en 104/121 (85,9%) in de ivermectine-groep (p = 0,42). De niet-genezen patiënten werd daarna de andere therapie aangeboden.

De auteurs concluderen: permitrine tweemaalig en ivermectine eenmalig zijn na 2 weken even effectief [Goldust 2012]. [14](#)

Bijwerkingen

- Gerapporteerde bijwerkingen in de Cochrane-review [Strong 2007] [6](#) waren verergering van de symptomen bij 3 van de 43 patiënten uit de ivermectine-groep [Usha 2000] [8](#) en jeuk en irritatie bij 7 van de 29 deelnemers die behandeld werden met benzylbenzooat [Nnoruka 2001]. [10](#)
- In het onderzoek van Chhaiya meldde 1 van de 99 patiënten die behandeld werden met permitrine een brandende sensatie gedurende een paar minuten, en 2 van de 100 patiënten die behandeld werden met orale ivermectine meldden respectievelijk milde hoofdpijn en verergering van de jeuk [Chhaiya 2012]. [13](#)
- In het onderzoek van Sharma werden geen bijwerkingen gemeld [Sharma 2011]. [12](#)
- In het onderzoek van Goldust meldden 6 van de 121 patiënten in de permitrine-groep en 3 van de 121 in de ivermectine-groep irritatie als bijwerking [Goldust 2012]. [14](#)

- 
- Vergelijkende onderzoeken vermelden weinig of geen bijwerkingen van ivermectine. In de literatuur zijn wel enkele praktijkgevallen gevonden met ernstige bijwerkingen die mogelijk toe te schrijven zijn aan ivermectine [Del Giudice 1999, Del Giudice 2002]. [15](#) [16](#) Bewijs voor de veiligheid bij kinderen werd niet gevonden.

Conclusie

Permetrine crème 5% is de meest effectieve lokale behandeling van scabiës. Oraal ivermectine, zo nodig na 1 of 2 weken herhaald, lijkt bij een follow-up duur van 2 tot 4 weken even effectief als permetrine.

Met name de lokale behandelmethoden voor scabiës lijken geen ernstige bijwerkingen te veroorzaken; voor de behandeling met oraal ivermectine is dit nog niet goed bekend.

Aanvullende overwegingen

In principe gaat de voorkeur uit naar lokale behandeling boven orale behandeling, in verband met mogelijke systemische bijwerkingen. Er zijn echter situaties waarin orale behandeling de voorkeur heeft (bijvoorbeeld bij praktische problemen om een lokaal smeersel adequaat aan te brengen) of geïndiceerd is als toevoeging op de lokale behandeling vanwege de ernst en besmettingsgraad.

Het huidige onderzoek, veelal uitgevoerd in laag ontwikkelde landen en met veel methodologische tekortkomingen, laat echter geen robuuste conclusie toe over de voorkeursbehandeling.

De kosten van permetrine 5% crème, ivermectine 200 µg/kg en benzylbenzoeaat 25% smeersel zijn vergelijkbaar. Tijdens het opstellen van deze tekst (medio 2016) is er wel een verschil in de vergoeding van deze behandelingen. Permetrine wordt wel, benzylbenzoeaat onder voorwaarden, en ivermectine wordt niet vergoed.

Aanbeveling

Behandel scabiës bij voorkeur lokaal met permetrine-crème 5% als eerste keus en benzylbenzoeaat-smeersel 25% als tweede keus. Behandel scabiës alleen op indicatie met oraal ivermectine (zie paragraaf [Medicamenteuze behandeling](#)).

Resistentie tegen anti-scabiësmiddelen

Er zijn nog geen aanwijzingen voor resistentie tegen antiscabiësmiddelen bij 'gewone' scabiës. In de literatuur is incidenteel gerapporteerd over bewezen resistentie voor ivermectine tegen scabiës crustosa in Nederland; [17](#) internationale literatuur rapporteert diverse praktijkgevallen met resistentie voor antiscabiësmiddelen bij mensen die het middel intensief gebruikten. [11](#)



Detail nr. 9 Algemene instructies

Interval tweede behandeling

De GGD herhaalt de behandeling na 7 dagen omwille van de duidelijkheid, snelheid en het epidemiologisch belang van groepsbehandeling. Bij individuen zonder groeps- of gezinsverband kan de behandeling na 7 tot 14 herhaald worden, als het maar herhaald wordt.

Detail nr. 10 1e keus bij leeftijd \geq 2 maanden: permitrine (crème 5%)

Veiligheid bij zwangerschap en lactatie

Over de veiligheid van gebruik van permitrine en benzylbenzoaat tijdens de zwangerschap en lactatie is beperkt bewijs. Hoewel permitrine en benzylbenzoaat beide zeer beperkt door de huid worden opgenomen, wordt bij de behandeling van scabiës het hele lichaam ingesmeerd en is het te behandelen huidoppervlak dus groot.

De [LCI-richtlijn Scabiës 2](#) noemt permitrine als middel van eerste keus waarbij de veiligheid besproken moet worden en raadt aan de borstvoeding gedurende een etmaal te staken en de afgekolde melk weg te gooien. De LCI beschouwt benzylbenzoaat als tweede keus middel tijdens zwangerschap en raadt tijdens lactatie aan het borstgebied niet in te smeren.

Lareb schaart permitrine en benzylbenzoaat in de groep 'onvoldoende gedocumenteerde ervaring in de zwangerschap, risico onbekend'. Lareb geeft de afweging dat benzylbenzoaat minder effectief is dan permitrine aangezien het de eitjes niet doodt, maar dat het middel nauwelijks geabsorbeerd wordt via de huid en veilig gebruikt kan worden tijdens de zwangerschap.

Permitrine is effectiever en (internationaal) het eerste keuze middel bij behandeling van schurfft, maar er is onvoldoende gedocumenteerde ervaring tijdens de zwangerschap. De opname van permitrine door de huid is zeer beperkt. Ten aanzien van lactatie stelt Lareb dat deze gecontinueerd kan worden, maar raadt aan vóór het voeden de tepel schoon te maken. Lareb verwijst hierbij naar internationale aanbevelingen waarbij permitrine het eerste keus middel is bij borstvoeding. [18](#)

Het [Farmacotherapeutisch Kompas](#) geeft tijdens zwangerschap de voorkeur aan benzylbenzoaat aangezien daarmee de meeste ervaring is opgedaan en raadt aan permitrine tijdens zwangerschap alleen op strikte indicatie voor te schrijven, gezien het relatief grote huidoppervlak dat behandeld moet worden. Tijdens lactatie kan benzylbenzoaat volgens voorschrift worden gebruikt terwijl bij behandeling met permitrine geadviseerd wordt de borstvoeding gedurende 24 uur te staken en de in deze periode geproduceerde melk af te kolven en weg te doen.

Elston geeft in een overzichtartikel aan dat de Food and Drug Administration (FDA) concludeert dat permitrine en benzylbenzoaat beide relatief veilig zijn om in de zwangerschap en tijdens lactatie te gebruiken. [19](#)

Dosering permitrine naar leeftijdscategorie

Kinderformularium (www.kinderformularium.nl/geneesmiddel/74/permitrine).

Farmacotherapeutisch kompas

(<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/p/permitrine#dosering>).

Detail nr. 11 Overige middelen

Onderzoeken naar alternatieve doseringen en lokaal ivermectine

Drie onderzoeken vergeleken antiscabiësmedicatie in niet (standaard) beschikbare doseringen en het in Nederland (nog) niet voor scabiës geregistreerde lokale ivermectine.

Ly verrichtte een RCT (n = 108) in Senegal en vergeleek hierin 3 groepen: oraal ivermectine 150 - 200 µg/kg en één- of tweemaal insmeren met lokaal benzylbenzoeaat 12,5% [Ly 2009]. [20](#) Na 14 dagen was er geen verschil in niet-genezen patiënten (RR 1,23, 95%-CI 0,72 tot 2,08). Het aantal onderzochte patiënten is klein. Als bijwerking werd huidirritatie vermeld bij de lokale behandeling (bij eenmalig insmeren bij 17,6% en bij tweemaal insmeren bij 37,5 % van de patiënten) en buikpijn en lichte diarree bij respectievelijk 5 en 2 patiënten in de ivermectine-groep. Het verschil in bijwerkingen in de groepen was significant (p = 0,02).

Chhaiya deed onderzoek naar oraal en lokaal ivermectine (zie beschrijving en tabel in noot 7). Lokaal ivermectine lijkt in dit onderzoek even effectief als permitrine 5% bij controle na 1, 2 en 3 weken [Chhaiya 2012]. [13](#)

Goldust vergeleek in de andere RCT lokaal ivermectine 1% (400 µg/kg) met permitrine 2,5% [Goldust 2013]. [21](#) Beide werden herhaald na 1 week. De behandeling werd na 2 en 4 weken geëvalueerd. Bij falen van de therapie na 2 weken werd de behandeling nogmaals herhaald. Na 2 weken was in de lokale ivermectine-groep 63,1% (120 van de 190) en in de permitrine-groep 65,8% (125 van de 190) genezen. Beide behandelingen waren even effectief (p = 0,68). Na 4 weken was in de lokale ivermectine-groep 84,2% (40 van de 70) en in de permitrine-groep 89,5% (45 van de 65) genezen. Lokaal ivermectine 1% was ook na 4 weken even effectief als permitrine 2,5%. In de totale genezing was lokaal ivermectine 1% even effectief als permitrine 2,5% (respectievelijk 160/190 (84,2%) en 170/190 (89,5%), p = 0,43).

Als bijwerkingen werden vermeld: 50 patiënten (30 van de 190 in de ivermectine-groep en 20 van de 190 in de permitrine-groep) hadden niet ernstige huidirritatie, overigens zonder effect op de therapietrouw.

Conclusie

Deze onderzoeken geven onvoldoende onderbouwing voor aanbevelingen over alternatieve doseringen of lokaal ivermectine.

Vergelijking alternatieve middelen

In Nederland staan geen alternatieve middelen geregistreerd voor de behandeling van scabiës. In de literatuur worden aloë vera en melaleuca alternifolia (tea tree olie) beschreven. Aloë vera lijkt even effectief als benzylbenzoeaat [Oyelami 2009] [22](#) en in vitro lijkt tea tree olie scabiësmijten korter te laten overleven [Walton 2004, Thomas 2016]. [23](#) [24](#) Grootschaliger RCT's zijn nodig om een aanbeveling ten aanzien van aloë vera en tea tree olie te kunnen doen.

Referenties

1. Sillevius Smitt JH, Van Everdingen JJE, Starink TM, Van der Horst HE. Dermatovenereologie voor de eerste lijn. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
2. LCI/RIVM. LCI-richtlijn Scabiës (2015). [Ga naar bron: LCI/RIVM. LCI-richtlijn Scabiës \(2015\).](#)
3. NIVEL. Incidentie- en prevalentiecijfers van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2014. [Ga naar bron: NIVEL. Incidentie- en prevalentiecijfers van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2014.](#)
4. LCI/RIVM. LCI-richtlijn Acariasis (2016). [Ga naar bron: LCI/RIVM. LCI-richtlijn Acariasis \(2016\).](#)
5. Huidziekten.nl. Scabiës (schurft) (2011). Zakboek Huidziekten. [Ga naar bron: Huidziekten.nl. Scabiës \(schurft\) \(2011\). Zakboek Huidziekten.](#)
6. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev 2007 (new search for studies and content updated 2010; no change to conclusions):CD000320.
7. Macotela-Ruiz E, Pena-Gonzalez G. Tratamiento de la escabiasis con ivermectina por via oral. Gac Med Mex 1993;129:201-5.
8. Usha V, Gopalakrishnan Nair TV. A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies. J Am Acad Dermatol 2000;42:236-40.
9. Bachewar NP, Thawani VR, Mali SN, Gharpure KJ, Shingade VP, Dakhale GN. Comparison of safety, efficacy, and cost effectiveness of benzyl benzoate, permethrin, and ivermectin in patients of scabies. Indian J Pharmacol 2009;41:9-14.
10. Nnoruka EN, Agu CE. Successful treatment of scabies with oral ivermectin in Nigeria. Trop Doct 2001;31:15-8.
11. Mounsey KE, McCarthy JS. Treatment and control of scabies. Curr Opin Infect Dis 2013;26:133-9.
12. Sharma R, Singal A. Topical permethrin and oral ivermectin in the management of scabies: A prospective, randomized, double blind, controlled study. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2011;77:581-6.
13. Chhaiya SB, Patel VJ, Dave JN, Mehta DS, Shah HA. Comparative efficacy and safety of topical permethrin, topical ivermectin, and oral ivermectin in patients of uncomplicated scabies. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2012;78:605-10.
14. Goldust M, Rezaee E, Hemayat S. Treatment of scabies: Comparison of permethrin 5% versus ivermectin. J Dermatol 2012;39:545-7.
15. Del Giudice P, Marty P. Ivermectin: A new therapeutic weapon in dermatology? Arch Dermatol 1999;135:705-6.
16. Del Giudice P. Ivermectin in scabies. Curr Opin Infect Dis 2002;15:123-6.
17. Van den Hoek JA, Van de Weerd JA, Baayen TD, Molenaar PM, Sonder GJ, Van Ouwkerk IM, et al. A persistent problem with scabies in and outside a nursing home in Amsterdam: Indications for resistance to lindane and ivermectin. Euro Surveill 2008;13.
18. Lareb. Teratologie informatie service (2015). [Ga naar bron: Lareb. Teratologie informatie service \(2015\).](#)
19. Elston CA, Elston DM. Treatment of common skin infections and infestations during pregnancy. Dermatol Ther 2013;26:312-20.
20. Ly F, Caumes E, Ndaw CA, Ndiaye B, Mahe A. Ivermectin versus benzyl benzoate applied once or twice to treat human scabies in dakar, senegal: A randomized controlled trial. Bull World Health Organ 2009;87:424-30.
21. Goldust M, Rezaee E, Raghifar R, Hemayat S. Treatment of scabies: The topical ivermectin vs. permethrin 2.5% cream. Ann Parasitol 2013;59:79-84.
22. Oyelami OA, Onayemi A, Oyedeji OA, Adeyemi LA. Preliminary study of effectiveness of aloe vera in scabies treatment. Phytother Res 2009;23:1482-4.
23. Walton SF, McKinnon M, Pizzutto S, Dougall A, Williams E, Currie BJ. Acaricidal activity of melaleuca alternifolia (tea tree) oil: In vitro sensitivity of sarcoptes scabiei var hominis to terpinen-4-ol. Arch Dermatol 2004;140:563-6.
24. Thomas J, Carson CF, Peterson GM, Walton SF, Hammer KA, Naunton M, et al. Therapeutic potential of tea tree oil for scabies. Am J Trop Med Hyg 2016;94:258-66.