

Kennisdocument **Alfablokkers en 5-alfareductaseremmers**

Gepubliceerd: december 2020. Geactualiseerd: februari 2026

Dit kennisdocument is geschreven door het SIR Instituut in het kader van de 'Module Minderen en stoppen van medicatie', onderdeel van de MDR Polyfarmacie bij ouderen, in samenspraak met de betreffende multidisciplinaire kernwerkgroep (NVKG, NHG, KNMP, Ephor, SIR).

Dit kennisdocument kan gebruikt worden bij de overweging voor het continueren of stoppen van alfablokkers en 5-alfareductaseremmers voor mictieklachten bij mannen vanaf 70 jaar in de context van effectiviteit en bijwerkingen. Veelal zijn de klachten niet terug te voeren op een specifieke oorzaak en is er sprake van 'aspecifieke mictieklachten'. Slechts een klein deel van de mictieklachten wordt veroorzaakt door prostaatvergroting, benigne prostaathyperplasie (BPH).

Op basis van geschat aantal jaren resterende levensverwachting en klinische conditie wordt de volgende categorisatie van *ouderen* (≥ 70 jaar) gehanteerd: *gering geschatte resterende levensverwachting* (≤ 1 jaar); *kwetsbare ouderen*: ouderen met een kwetsbare gezondheid (1 tot 5 jaar) en *vitale ouderen* (≥ 5 jaar). Er zijn geen specifieke aanbevelingen alleen voor vitale ouderen. Deze gelden ook voor de andere 2 categorieën en zijn daarom opgenomen onder "ouderen".

Scope: Dit kennisdocument heeft betrekking op alfablokkers en 5-alfareductaseremmers. Voor informatie over muscarineantagonisten bij mictieklachten bij mannen, zie [kennisdocument Urologische spasmolytica](#).

Aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

Geringe geschatte resterende levensverwachting

Overweeg stoppen alfablokker en/of 5-alfareductaseremmer bij

- gebruik katheters

Kwetsbare ouderen

Overweeg stoppen alfablokker en/of 5-alfareductaseremmer bij

- gebruik katheters vanwege urineretentie

Overweeg stoppen alfablokker bij

- orthostatische hypotensie en duizeligheid

Ouderen

Overweeg stoppen alfablokker bij

- orthostatische hypotensie en duizeligheid
- na 3-6 maanden of langer gebruik

Overweeg stoppen 5-alfareductaseremmer bij

- seksuele bijwerkingen en gynaecomastie
- mictieklachten zonder BPH

Wijze van afbouw

- Alfablokkers en 5-alfareductaseremmers kunnen in één keer gestopt worden.

Aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

Geringe geschatte resterende levensverwachting

Overweeg stoppen alfablokker en/of 5-alfareductaseremmer bij

■ gebruik katheters [noot 6]

Bij (kwetsbare) ouderen die langdurig katheters gebruiken vanwege recidiverende urineretentie of andere indicaties (zoals “comfort” in terminale fase) biedt het gelijktijdig gebruik van alfablokkers of 5-alfareductaseremmer geen toegevoegde waarde. Bij (eerdere) prostaatbloedingen is gebruik van 5-alfareductaseremmer wel geïndiceerd.

- Stop alfablokkers en of 5-alfareductaseremmers bij ouderen die langdurig katheters gebruiken vanwege recidiverende urineretentie of andere indicatie (uitgezonderd prostaatbloedingen) in gezamenlijk overleg met de patiënt.
- Indien alfablokkers tijdelijk worden toegepast bij acute urineretentie om de kans te vergroten dat de katheter succesvol wordt verwijderd, evalueer dan het gebruik binnen 2 weken na verwijdering van de katheter en overweeg te stoppen.

Kwetsbare ouderen

Overweeg stoppen alfablokker en/of 5-alfareductaseremmer bij

■ gebruik katheters vanwege urineretentie [noot 6]

Zie *Geringe geschatte resterende levensverwachting*

Overweeg stoppen alfablokker bij

■ orthostatische hypotensie en duizeligheid [noot 4]

Alfablokkers kunnen als bijwerkingen orthostatische hypotensie, duizeligheid en vermoeidheid hebben.

- Stop de alfablokker op proef indien patiënt klachten ervaart zoals orthostatische hypotensie, duizeligheid of vermoeidheid.
- Evalueer na 2-4 weken met de patiënt of de eventuele symptomen verdwenen zijn.
- Stop het geneesmiddel blijvend indien symptomen verdwenen zijn en de mictieklachten niet verergerd zijn.

Ouderen

Overweeg stoppen alfablokker bij

■ orthostatische hypotensie en duizeligheid

Zie *Kwetsbare ouderen*

■ na 3-6 maanden of langer gebruik [noot 1,2,3]

Alfablokkers hebben een beperkte effectiviteit bij (aspecifieke) mictieklachten bij mannen. De Internationale Prostaat Symptoom Score kan gebruikt worden om de effectiviteit van alfablokker te bepalen, zie [Vragenlijst voor plasklachten bij mannen \(IPSS\)](#).

- Stop de alfablokker op proef na minimaal 3-6 maanden gebruik en bepaal mate van mictieklachten voor proefstop (bijvoorbeeld met IPSS).
- Evalueer mictieklachten na 2-4 weken (bijvoorbeeld met IPSS).
- Bij recidiverende klachten kan de medicatie opnieuw voor 3-6 maanden voorgeschreven worden.
- Evalueer gebruik na die periode en overweeg proefstop opnieuw.

Overweeg stoppen 5-alfareductaseremmer bij

■ seksuele bijwerkingen en gynaecomastie [noot 4,5]

Bij het gebruik van 5-alfareductaseremmers kan er sprake zijn van gynaecomastie en seksuele bijwerkingen zoals verminderd libido en erectiestoornis

- Stop de 5-alfareductaseremmer op proef bij genoemde seksuele bijwerkingen of gynaecomastie.
- Evalueer na 2-4 weken met de patiënt of de eventuele bijwerkingen verdwenen zijn.
- Stop het geneesmiddel blijvend indien bijwerkingen verdwenen zijn en de mictieklachten niet verergerd zijn.

■ **mictieklachten zonder BPH** [noot 8]

Het is belangrijk om na te gaan of sprake is van BPH bij (langdurig) gebruik van 5-alfa-reductaseremmers. 5-alfareductaseremmers kunnen ook toegepast worden voor behandeling voor aspecifieke mictieklachten, als monotherapie of combinatie met alfablokker, maar het effect is zeer beperkt.

- Ga na of sprake is van BPH als indicatie voor het gebruik van 5-alfareductaseremmer.
- Overweeg stoppen van 5-alfareductaseremmer indien geen sprake is van BPH.

Wijze van afbouw

▪ **Alfablokkers en 5-alfareductaseremmers kunnen in één keer gestopt worden** [noot 7,8]

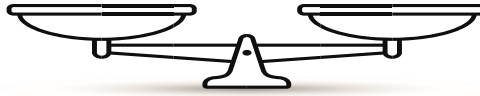
Er is geen afbouwprocedure nodig. In de tweede lijn wordt geadviseerd om bij gecombineerd gebruik de alfablokker als eerste te stoppen.

▪ **Stoppen 5-alfareductaseremmer:**

Informeer patiënt dat geen directe toename van mictieklachten wordt verwacht gezien de lange werkingsduur.

▪ **Stoppen alfablokker:**

- informeer patiënt dat de mictieklachten tijdelijk kunnen toenemen gedurende de stoppoging
- bij zeer hinderlijke klachten kan de patiënt weer starten met de alfablokker om urineretentie te voorkomen.



Weeg voor- en nadelen tegen elkaar af

Overwegingen vóór minderen en stoppen

Recidiverende urineretentie bij kwetsbare ouderen

Bij (kwetsbare) ouderen die langdurig katheters gebruiken vanwege recidiverende urineretentie biedt het gelijktijdig gebruik van een alfablokker of 5-alfareductaseremmer geen toegevoegde waarde.

Acute urineretentie

Alfablokkers worden bij gebruik katheters vanwege acute urineretentie tijdelijk toegepast om de kans op succesvol verwijderen van de katheter te vergroten en het gebruik dient uiterlijk 2 weken na verwijdering van katheter te worden geëvalueerd. [noot 6].

Beperkte effectiviteit

Alfablokkers zijn beperkt effectief, afgemeten aan de vermindering van mictieklachten [noot 1,2,3].

Bijwerkingen

Bij het gebruik van alfablokkers komen bijwerkingen zoals orthostatische hypotensie, duizeligheid en vermoeidheid vaak voor. Dit kan leiden tot vallen en fracturen [noot 4].

Het gebruik van 5-alfareductaseremmers verhoogt het risico op duizeligheid, vallen en fracturen niet [noot 5]. Het gebruik van 5-alfareductaseremmers kan leiden tot gynaecomastie en tot seksuele bijwerkingen zoals verminderd libido en erectiestoornis [noot 5].

Wens van de patiënt

De wens om minder medicijnen te gebruiken of te stoppen met een specifiek geneesmiddel.

Overwegingen tegen minderen en stoppen

Ervaren effectiviteit

Effectiviteit kan bepaald worden aan de hand van de symptoomscore IPSS om de afname van klachten te bepalen [noot 1]. Indien er sprake is van effectiviteit terwijl de patiënt geen bijwerkingen ervaart of wanneer de bijwerkingen opwegen tegen de positieve effecten, kunnen alfablokkers gecontinueerd worden bij toepassing voor mictieklachten. Na 3-6 maanden of langer gebruik kan een proefstop overwogen worden.

Wens van patiënt om te continueren

De wens om geen wijzigingen aan te brengen in het medicijngebruik.

Wat is bekend over minderen en stoppen van alfablokkers en 5-alfareductaseremmers?

Toegevoegde waarde alfablokkers en 5-alfareductaseremmers [noot 6]

Volgens de STOPPFrail-criteria bieden alfablokkers en 5-alfareductaseremmers geen toegevoegde waarde voor kwetsbare ouderen met een gering geschatte resterende levensverwachting die langdurig katheters gebruiken.

Stoppen van alfablokkers [noot 7]

Meer dan de helft van de mannen van 70-79 jaar stopt binnen 12 maanden met het gebruiken van een alfablokker.

Stoppen van alfablokkers [noot 7]

Meer dan de helft van de mannen van 70-79 jaar stopt binnen 12 maanden met het gebruiken van een alfablokker.

Wijze van afbouw [noot 7]

Het is van groot belang om de patiënt steeds voldoende te motiveren en te informeren bij een stop-poging van alfablokkers die > 12 maanden in gebruik zijn.

Noten

Noot [1]: Internationale Prostaat Symptoom Score (IPSS)

De [Vragenlijst voor plasklachten bij mannen](#) kan behulpzaam zijn bij het objectiveren en bespreekbaar maken van de klachten. De ernst van klachten kan met deze vragenlijst worden ingeschat, waarbij het ook inzicht geeft in de relatie tussen de ernst van klachten en de ervaren hinder [NHG 2024]. De IPSS-score loopt van 0-35, waarbij een score van 0 betekent dat er geen symptomen zijn van mictieklachten. In (internationale) richtlijnen wordt een verandering ≥ 3 punten op de IPSS als klinisch relevant beschouwd. Een daling van de score met ≥ 3 punten staat voor enige verbetering van de klachten; het ervaren van matige tot duidelijke verbetering komt overeen met een daling van respectievelijk 5 en 8 IPSS-punten.

Noot [2]: Beperkte effectiviteit van alfablokkers

Uit een systematische review van onderzoeken naar de effectiviteit van alfablokkers bij mictieklachten blijkt dat alfablokkers zorgen voor een statistisch significante daling met 2,55 IPSS-punten (95%-BI 1,92 tot 3,17) ten opzichte van placebo [NICE-2010]. Het gebruik van alfablokkers leidt dus tot een statistisch significante verbetering, maar de klinische significantie lijkt beperkt gezien ≤ 3 punten vermindering op IPSS (zie ook noot 1). De NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen adviseert na 3-6 maanden gebruik van een alfablokker een proefstop [NHG 2024].

Noot [3]: Beperkte effectiviteit van 5-alfareductaseremmers

Er zijn 2 meta-analyses verricht naar gebruik van 5-alfareductaseremmers bij mictieklachten. De eerste meta-analyse naar het effect van finasteride bij mannen met benigne prostaathyperplasie toonde een gering voordeel van finasteride boven placebo. Het beschreven effect was maximaal 2 IPSS-punten, wat niet klinisch relevant is [Kim 2018]. Een eerdere meta-analyse van 15 RCTs met verschillende behandelduur liet zien dat behandeling met een 5-alfareductaseremmer na ≥ 1 jaar effectiever is dan placebo, maar het verschil was klinisch niet relevant (grootst beschreven verschil 1,80 IPSS-punten na 3 jaar). Onderzoeken met korte duur (< 6 maanden) lieten geen significant verschil zien. Geen van de onderzoeken presenteerde het aantal mannen dat een klinisch relevante verbetering (≥ 3 IPSS-punten) ervoer [NICE 2010]. Om deze reden wordt monotherapie met een 5-alfareductaseremmer in de eerste lijn niet aangeraden [NHG 2024; Kim 2018]. Het aantal onderzoeken naar 5-alfareductaseremmers bij kwetsbare ouderen is zeer beperkt [Ephor 2019].

Noot [4]: Bijwerkingen van alfablokkers

Bijwerkingen die significant vaker optreden bij het gebruik van alfablokkers dan bij placebo zijn duizeligheid (RR 1,91; 95%-BI 1,54 tot 2,36), vermoeidheid (RR 1,890; 95%-BI 1,57 tot 2,27), orthostatische hypotensie (RR 3,09; 95%-BI 2,12 tot 4,5) en rinitis (RR 1,45; 95%-BI 1,08 tot 1,95). De frequentie waarmee deze bijwerkingen optraden in de onderzoekspopulatie die alfablokkers gebruikte, was respectievelijk 8,1, 5,4, 2,5 en 6,1%. Bijwerkingen die bij gebruik van alfablokkers niet vaker optraden dan bij placebo zijn hoofdpijn, impotentie en erectiestoornissen [NHG 2024; NICE 2010].

De Richtlijn Manlijke niet-neurogene LUTS [LUTS 2017] geeft aan dat onduidelijk is of er een causaal verband is tussen het gebruik van alfablokkers en het val- en fractuurrisico. Over dit onderwerp is een retrospectief cohort onderzoek verschenen waarin geen verband is gevonden tussen vallen en gebruik van alfablokkers [Mc Donnel 2020]. Er zijn tot op heden geen gerandomiseerde onderzoeken waarin een alfablokker is vergeleken met placebo, met het val- en fractuurrisico als uitkomstmaat [Mc Donnel 2020]. Wel is het risico van het gebruik van alfablokkers beschreven in enkele case-control studies [LUTS 2017].

Noot [5]: Bijwerkingen van 5-alfareductaseremmers

Seksueel-gerelateerde bijwerkingen

De kans op gynaecomastie en seksueel gerelateerde bijwerkingen bij gebruik 5-alfa-reductaseremmer is significant hoger t.o.v. placebo (: verminderd libido 4.6 vs. 2.6%, abnormale ejaculatie 2.4 vs. 0.7%, gynaecomastie 1.6 vs. 0.5%, impotentie 7.1 vs. 3.8%.) [NHG 2024]

Duizeligheid

Bij dutasteride wordt gemeld dat er duizeligheid kan optreden in farmacotherapeutisch kompas(0,1-1%). Uit twee placebogecontroleerde onderzoeken blijkt echter dat het risico op duizeligheid niet verhoogd is bij het gebruik van 5-alfareductaseremmers ten opzichte van placebo [Clark 2004, Tsukamoto 2009].

Fracturen

5-alfareductaseremmers verlagen de concentratie dihydrotestosteron en zouden hierdoor mogelijk de botdichtheid verlagen. In een onderzoek bleek het gebruik van 5-alfareductaseremmers echter niet te leiden tot een toegenomen risico op vallen en fracturen (gecorrigeerde HR voor fracturen 0,94; 95%-BI 0,90 tot 0,98; gecorrigeerde HR voor vallen 0,99; 95%-BI 0,96 tot 1,02) [Robinson 2015].

Noot [6]: Alfablokkers en 5-alfareductaseremmers bij urineretentie

Volgens de STOPPFrail-criteria bieden alfablokkers en 5-alfareductaseremmers geen toegevoegde waarde voor kwetsbare ouderen met gering geschatte resterende levensverwachting die langdurig katheters gebruiken vanwege urineretentie [Curtin 2021]. 5-alfareductaseremmers kunnen wel specifiek geïndiceerd zijn indien sprake is geweest van prostaatbloedingen [Kearney 2002].

Indien bij (acute) urineretentie katheterisatie noodzakelijk is, vergroot behandeling met een alfablokker de kans dat de katheter succesvol wordt verwijderd. Succesvol houdt in dat er geen herplaatsing van de katheter nodig is binnen 24 uur na het verwijderen.

Een cochrane review uit 2009 over dit onderwerp omvatte een beperkt aantal placebogecontroleerde onderzoeken (4 RCTs met alfuzosine, 1 RCT met tamsulosine) met in totaal 696 mannen die startten met medicatie na het plaatsen van een katheter wegens acute retentie [NHG 2024; Zeif 2009]. De kans op succes van ‘proberen zonder katheter’ is circa 30% groter met een alfablokker dan met een placebo (RR 1,36; 95%-BI 1,18 tot 1,64). Een recenter onderzoek leverde soortgelijke resultaten op [NHG 2024; Tiong 2009]. Er is geen onderzoek beschikbaar naar de noodzakelijke behandelduur met alfablokkers na het verwijderen van de katheter. De werkgroep van de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen is tot consensus gekomen dat na 2 weken het gebruik moet worden geëvalueerd met de patiënt [NHG 2024].

Noot [7]: Stoppen van alfablokkers

Van de gebruikers van een alfablokkers stopt 62,8% binnen 1 jaar. Dat komt naar voren uit onderzoek in een Nederlands cohort van 12.191 mannen [Hordijk 2019]. Dit percentage varieerde per leeftijdscategorie, waarbij 86,9% van de jongere mannen van 30-49 jaar na een jaar was gestopt – dit kan ermee te maken hebben dat de alfablokker werd gebruikt voor het vergemakkelijken van de passage van nierstenen – vergeleken met 55,9% van de 70-79-jarigen [Pieters 2019].

In een recent kleinschalig praktijkonderzoek in 1 apotheek werden 21 chronische gebruikers van alfablokkers van gemiddeld 80 jaar benaderd door de apotheek voor een stoppoging. Slechts 13 patiënten waren gemotiveerd om te stoppen; uiteindelijk lukte het 8 om te stoppen. De auteurs benadrukken het belang om de patiënt steeds voldoende te motiveren en te informeren bij een stoppoging. Zo moet het voor de patiënt duidelijk zijn dat de mictieklachten kunnen toenemen gedurende de stoppoging en dat de patiënt in dat geval de alfablokker weer kan innemen. Hiermee wordt het risico op een overloopblaas geminimaliseerd [Pieters 2019].

Noot [8]: Stoppen van 5-alfareductaseremmers

Monotherapie van 5-alfareductaseremmers en combinatietherapie met een alfablokker wordt afgeraden in de eerste lijn. De behandeling is alleen geschikt voor mannen bij wie een relatief grote prostaat is vastgesteld met een echo, en deze is in de huisartsenpraktijk niet mogelijk. Daarnaast zal het om een kleine subgroep van patiënten gaan. Indien een 5-alfa-reductaseremmer overwogen wordt, is doorverwijzing naar de uroloog een optie. Daarnaast zullen er ook patiënten (geweest) zijn die bij onvoldoende effect van een alfablokker bij specifieke mictieklachten wel combinatietherapie willen proberen [NHG 2024]. In de praktijk is het om die reden belangrijk om (alsnog) na te gaan of sprake is van BPH bij (langdurig) gebruik van 5-alfa-reductaseremmers. Indien alleen sprake is van specifieke mictieklachten is het effect zeer beperkt en kan staken overwogen worden.

In de tweede lijn adviseert men combinatietherapie alleen bij mannen met matige tot ernstige klachten, een prostaat groter van 40 cm³ (BPH), en dan alleen als de intentie er is om dit voor langere termijn te gebruiken. Het staken van de alfablokkercomponent dient na 6 maanden te worden overwogen [LUTS 2017]. Uit recent onderzoek is gebleken dat bij gebruik van combinatietherapie het staken van alfablokkers probleemloos kan plaats vinden. Andersom wordt bij staken van 5-alfareductaseremmers een toename gezien van het prostaatvolume en nam het risico op een prostaatoperatie toe bij toepassing bij BPH [Choi 2023]. Om die reden is er geen aanbeveling meer om 5-alfareductaseremmers na 6-12 maanden op proef te staken bij BPH.

Literatuur

Choi 2023

Choi JD, Yoo TK, Kang JY, Jung HD, Lee JH. Clinical outcomes of withdrawing one medication from long-term combination therapy comprising α -blocker and 5 α -reductase inhibitor for benign prostatic hyperplasia. *Int Urol Nephrol*. 2023;55:845-85.

Clark 2004

Clark RV, Hermann DJ, Cunningham GR, et al. Marked suppression of dihydrotestosterone in men with benign prostatic hyperplasia by dutasteride, a dual 5 α -reductase inhibitor. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:2179-84.

Curtin 2021

Curtin D, Gallagher P, O'Mahony D. Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation of STOPPFrail version 2. *Age Ageing*. 2021;50(2)

Hordijk 2019

Hordijk IM, Steffens MG, Hak E, Blanker MH. Continuation rates of α -blockers monotherapy in adult men, prescribed by urologists or general practitioners: a pharmacybased study. *World J Urol* 2019;37:1659-64.

Kearney 2002

Kearney MC, Bingham J, Bergland R, Meade-D'Alisera P, Puchner PJ. Clinical predictors in the use of finasteride for control of gross hematuria due to benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 2002 Jun;167(6):2489-91. PMID: 11992064.

Kim 2018

Kim JH, Baek MJ, Sun HY, Lee B, Li S, Khandwala Y, Del Giudice F, et al. Efficacy and safety of 5 α -reductase inhibitor monotherapy in patients with benign prostatic hyperplasia: A meta-analysis. *PLoS One* 2018;13:e0203479.

Lee 2024

Lee KS, Yoo JW, Kim DH, Jeon S, Yang J, Chung BH, Koo KC. A prospective, randomized, open-label, parallel trial comparing the efficacy of α -blocker or 5 α -reductase inhibitor withdrawal to continued combination therapy on the maintenance of lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. *Prostate*. 2024;84:403-413.

LUTS 2017

Richtlijn Mannelijke niet-neurogene LUTS. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Urologie, 2017. <https://richtlijnen database.nl>, geraadpleegd oktober 2025.

Mc Donnell 2020

McDonnell CC, Rogers KC, Regen SM, Finks SW. The Fall Risk with Alpha blockers Given Initial dose or Elderly status (FRAGILE) Study. *Ann Pharmacother*. 2020;54(3):226-231

NHG 2024

Blanker MH, Bouthoorn SH, Greving JP, Klinkhamer S, Van der Does L, Van der Weele GM, Van Dijk N[†], Weersma R, Wolters RJ. NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen (versie 3.1, april 2024). Utrecht: NHG, 2024.

NICE 2010

The management of lower urinary tract symptoms in men. London: National Clinical Guideline Centre, 2010. www.nice.org.uk, geraadpleegd oktober 2025.

Pieters 2019

Pieters R, Geers H. Na lange tijd stoppen met alfablokker blijkt vaak lastig. Pharmaceutisch Weekblad 2019;6:14-5.

Robinson 2015

Robinson D, Garmo H, Stattin P, Michaëlsson K. Risk of fractures and falls during and after 5- α reductase inhibitor use: a nationwide cohort study. PLoS One 2015;10:e0140598.

Tiong 2009

Tiong HY, Tibung MJ, Macalalag M, Li MK, Consigliere D. Alfuzosin 10 mg once daily increases the chances of successful trial without catheter after acute urinary retention secondary to benign prostate hyperplasia. Urol Int 2009;83:44-8.

Tsukamoto 2009

Tsukamoto T, Endo Y, Narita M. Efficacy and safety of dutasteride in Japanese men with benign prostatic hyperplasia. Int J Urol 2009;16: 745-50

Zeif 2009

Zeif HJ, Subramonian K. Alpha blockers prior to removal of a catheter for acute urinary retention in adult men. Cochrane Database Syst Rev 2009;(4):CD006744.