

# INTERVIEW MET

**Dr. Britt van der Arend**

*Arts-onderzoeker neurologie*



## MIGRAINE IS EEN ONZICHTBARE, INVALIDERENDE AANDOENING MET NOG VEEL ONBEANTWOORDE VRAAGSTUKKEN

*Drs. Pien Maarschalkerweerd*

Op 14 oktober 2025 promoveerde **dr. Britt van der Arend** op haar proefschrift getiteld *'Towards personalised migraine care: the role of sex hormones, telemedicine, and cardiovascular safety'*. In haar promotieonderzoek worden drie pijlers van de toekomstige migrainezorg samengebracht: de invloed van geslachtshormonen, de mogelijkheden van digitale zorg en de cardiovasculaire veiligheid van nieuwe behandelingen. Haar werk levert waardevolle nieuwe inzichten over de complexiteit en vaak onderschatte impact van migraine bij vrouwen, en laat zien hoe in de toekomst kan worden toegewerkt naar een meer op maat gemaakte behandeling van migraine.<sup>1</sup>

Migraine is een van de tien meest invaliderende aandoeningen wereldwijd. In Nederland heeft naar schatting ongeveer 10% van de bevolking migraine en komt de aandoening ongeveer drie keer vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Hormonale verschillen spelen daarbij een belangrijke rol, wat niet alleen verklaart waarom migraine bij vrouwen vaker voorkomt, maar ook anders verloopt en andere behandelvragen oproept. In dit interview bespreekt Britt van der Arend hoe inzichten uit haar proefschrift kunnen worden vertaald naar een meer gepersonaliseerde behandeling van migraine.

### VAN AFSTUDEERSTAGE NAAR PROMOTIEONDERZOEK

Van der Arend liep tijdens haar afstudeerstage mee bij de WHAT-dagboekstudie, met prof. dr. Gisela Terwindt (LUMC), prof. dr. Antoinette Maassen van den Brink (Erasmus MC) en dr. Daphne van Casteren (LUMC), "en zo kwam ik in het onderwerp hormonen en migraine terecht. Op dat moment was er wereldwijd nog heel weinig aandacht voor het onderwerp; alleen in Engeland werd door onder andere Anne MacGregor wel onderzoek naar hormonen en migraine verricht. Verder was het onderwerp nog nauwelijks verkend, terwijl er zoveel vrouwen zijn die lijden aan menstruele migraine."

**"MIGRAINE IS EEN HETEROGENE AANDOENING, EN DAAROM IS EEN GEPERSONALISEERDE AANPAK ZO BELANGRIJK"**

"Het is belangrijk dat de behandeling van migraine wordt afgestemd op individuele kenmerken. Daarbij gaat het niet alleen om het aantal aanvallen, maar ook om aanvalskarak-

teristieken (aura, duur, recurrences), comorbiditeiten (depressie, slaapproblemen, cardiovasculaire risicofactoren), hormonale status, eerdere behandelrespons en leefstijlfactoren. Door al deze factoren mee te nemen, vergroot je de kans dat patiënten sneller bij een behandeling uitkomen die echt bij hen past. Je kunt ook de risico's van de behandelingen beter inschatten, zoals het cardiovasculaire risico in geval van de medicatiekeuze," vertelt Van der Arend.

## DIGITALE ZORG

Digitale middelen spelen een steeds grotere rol in monitoring, diagnostiek en samenwerking tussen eerstelijns- en medisch-specialistische artsen. Van der Arend stelt: "Met deze digitale middelen kan de besluitvorming in de klinische praktijk worden verbeterd doordat artsen kunnen beschikken over meer én nauwkeurige informatie. Door digitale consulten kunnen wachttijden worden verkort. Ik ben voorstander van de ontwikkeling van 'anderhalvelijnszorg', waarbij huisartsen bijvoorbeeld e-consulten naar de neuroloog kunnen sturen."

Een belangrijk hulpmiddel binnen de digitale zorg is het gebruik van een digitaal migrainedagboek. "Een migrainedagboek is een digitaal dagboek waarin patiënten dagelijks vastleggen of zij hoofdpijn hebben gehad en van welke klachten zij daarbij last hadden. Het is heel handig voor zowel arts als patiënt, want je kunt de behandeling daarop afstemmen en het biedt een betrouwbaar overzicht. Digitale migrainedagboeken worden in de kliniek al langer gebruikt, maar in de afgelopen jaren zijn ze geïntegreerd in een applicatie, de 'Patient Journey App', waarmee patiënten hun gegevens eenvoudig thuis via hun smartphone kunnen invoeren," legt Van der Arend uit. De migrainedagboeken bieden betrouwbare prospectieve gegevens. Van der Arend vertelt: "De dagboeken hebben een tijdslot van 48 uur, wat de 'recall' bias sterk vermindert. Bovendien zien we een zeer hoge mate van therapietrouw bij mensen die het dagboek invullen. Aan patiënten biedt dit een beter inzicht in individuele triggers en het effect van de behandeling op hun migraine. Voor de arts ondersteunt dit de klinische besluitvorming, doordat het direct zichtbaar maakt welke behandeling effectief is en welke niet, en dit kan dan tijdens het poliklinische consult samen met de patiënt worden besproken. Ook voor onderzoeksdoeleinden zijn deze gegevens waardevol, omdat zij bijdragen aan een betrouwbaardere fenotypering van migraine. Hierdoor kan onderscheid worden gemaakt tussen migraine met aura, menstruele migraine en chronische versus episodische migraine, mede doordat

het dagboek gevalideerd is en gebruikmaakt van betrouwbare algoritmen."

**"EEN VROEGE START MET PROFYLACTISCHE BEHANDELING KAN ZOWEL DE FREQUENTIE ALS DE DUUR VAN DE AANVALLEN VERMINDEREN, BIJVOORBEELD MET CANDESARTAN OF CGRP-REMMERS"**

## GESLACHTSHORMONEN

Geslachtshormonen spelen een belangrijke rol in het begrijpen en behandelen van migraine. Van der Arend licht toe: "Onderzoek laat zien dat met name schommelingen in de oestrogeenspiegel een belangrijke rol spelen. Door een plotselinge oestrogeendaling vlak vóór de menstruatie is de drempel voor het ontstaan van een migraineaanval verlaagd en daarmee de kans op migraine zonder aura groter. Tijdens de zwangerschap lijkt de kans op migraine vaak af te nemen, terwijl dit in de overgang door grote hormonale schommelingen juist weer groter is en migraine zonder aura vaker optreedt en vrouwen meer klachten ervaren." Van der Arend benadrukt dat de invloed van hormonen verder reikt dan alleen de aanvalsfrequentie; "ook de duur en de ernst van migraine, alsmede de reactie op medicatie, worden hierdoor beïnvloed. Zo duren migraineaanvallen tijdens de menstruatie vaak langer en zijn ze heviger. Bij vrouwen met menstruele migraine is het daarom van belang om hierop tijdig in te spelen."

Ook het gebruik van anticonceptie speelt een rol bij menstruele migraine. "In de praktijk wordt vaak gestart met orale anticonceptie, met het advies deze zonder onderbreking door te gebruiken om menstruatie te voorkomen en zo de migraine te onderdrukken. Op dit moment is op basis van onderzoek echter nog onvoldoende bekend of deze strategie daadwerkelijk klinisch effect heeft. Dit wordt op dit moment nader onderzocht in een gerandomiseerde studie, de WHAT! Trial. Deze studie is opgezet als een proof-of-principle: eerst moet worden aangetoond of het stabiliseren van hormonale schommelingen überhaupt effect heeft op menstruele migraine. Het belang van deze trial is groot, omdat deze studie inzichten kan geven in de rol van hormonale stabilisatie bij migraine. Zelf denk ik overigens niet dat we aan vrouwen standaard orale anticonceptie moeten voorschrijven, zelfs als de effectiviteit ervan is aangetoond, vanwege de bijwerkingen en de impact op het lichaam.

De migrainerespons op de anticonceptiepil verschilt per vrouw, het zou mooier zijn als we kunnen toewerken naar een specifiekere en persoonlijker hormonale behandeling voor migraine," legt Van der Arend uit.

## CARDIOVASCULAIRE VEILIGHEID

Volgens Van der Arend is sprake van een belangrijke kennislacune in de manier waarop cardiovasculaire risico's bij patiënten met migraine, met name jonge vrouwen, worden herkend en meegewogen. "Juist bij deze groep moeten we alert zijn, omdat ook jonge vrouwen wel degelijk een verhoogd cardiovasculair risico kunnen hebben. Dat moeten we meenemen in het consult, bijvoorbeeld door regelmatig de bloeddruk te meten en daarmee na te gaan of deze niet ongemerkt verhoogd is. Migraine wordt in verband gebracht met een hoger risico op zowel cerebrale als cardiale gebeurtenissen, en ook bij de nieuwe 'calcitonin gene-related peptide' (CGRP)-remmers zijn deze risico's en mogelijke interacties nog niet volledig onderzocht. In onze eerste onderzoeken zagen we wel een stijging van de bloeddruk, die op de lange termijn negatieve effecten kan hebben. Deze bevindingen roepen vragen op over mogelijke langetermijn-effecten van CGRP-blokkade. We weten bovendien dat CGRP een vaatverwijdend peptide is. Met name in muismodellen is aangetoond dat CGRP na een ischemische gebeurtenis leidt tot vaatverwijding en daarmee de schade kan beperken. Bij blokkering van CGRP wordt bij deze muizen juist meer schade gezien. Dit is bij mensen nog niet aangetoond, maar het is denkbaar dat blokkering van het beschermende CGRP bij mensen met een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel op de lange termijn negatieve gevolgen kan hebben. Daarom proberen wij neurologen eraan te herinneren dat bij het gebruik van CGRP-remmers de bloeddruk zorgvuldig wordt gemonitord. We moeten alert blijven en ervoor zorgen dat andere risicofactoren zo laag mogelijk blijven." Een goede balans tussen klinische effectiviteit en veiligheid is daarbij van essentieel belang. "Ik denk dat deze middelen voor veel patiënten met migraine echt een doorbraak hebben betekend, omdat zij leiden tot een vermindering van de aanvalsfrequentie en een verbetering van het dagelijks functioneren. Tegelijkertijd moeten we bij het

starten van deze behandeling altijd aandacht houden voor het cardiovasculaire risicoprofiel van de patiënt en daarvoor onder andere de bloeddruk meten."

## GEPERSONALISEERDE ZORG EN BEHANDELINGEN

"Ik denk dat patiënten met menstruele migraine het meest kunnen profiteren van gepersonaliseerde zorg, omdat de timing en profylactische medicatie bij deze groep goed toepasbaar zijn. De zorg beweegt zich in de richting van situationele preventie, waarbij medicatie wordt ingezet rondom de menstruatie, aangezien bekend is dat patiënten in deze periode een hoger risico op migraineaanvallen hebben. Momenteel lopen twee studies waarin gepants worden onderzocht bij patiënten met menstruele migraine. Dit zijn kortwerkende CGRP-remmers waarmee patiënten voorafgaand aan de menstruatie starten en gedurende een week gebruiken, om te evalueren of hiermee menstruatiegerelateerde aanvallen kunnen worden voorkomen," aldus Van der Arend.

Een betere samenwerking en digitale ondersteuning biedt volgens Van der Arend kansen om gepersonaliseerde migrainezorg ook buiten gespecialiseerde centra mogelijk te maken. "Een gewenst toekomstbeeld is om samen met huisartsen de anderhalvelijnszorg op te zetten, met veel meer onderlinge samenwerking. In de toekomst zouden ook huisartsen bijvoorbeeld het digitale dagboek kunnen starten. Zij zouden dan e-consulten naar ons kunnen sturen, zonder dat patiënten hiervoor direct hoeven te worden verwezen. Het mooiste zou zijn als we het dagboek ook met andere zorgcentra zouden kunnen delen, zodat we nog beter kunnen samenwerken. Als iedereen dezelfde tool gebruikt en dezelfde uitkomstmaten hanteert, maakt dit het eenvoudiger om patiënten te bespreken en data te bundelen voor onderzoek. Uiteindelijk zou hierdoor ook de druk op de zorg kunnen worden verlicht, aangezien in één oogopslag overzichtelijk wordt gemaakt wat er bij de patiënt speelt."

## REFERENTIE

1. Van der Arend BWH. Towards personalised migraine care: the role of sex hormones, telemedicine, and cardiovascular safety. Beschikbaar via: <https://books.ipस्कampprinting.nl/thesis/56016-vdArend/>.

**Wil je meer informatie over de WHAT!-studie?** Kijk dan op <http://www.whatstudy.nl/>.

Andere onderzoeken van Leiden Headache Center zijn te vinden op <https://www.hoofdpijnonderzoek.nl/>.

**In de Hoofdpijnpodcast wordt wetenschappelijk onderbouwde informatie over migraine besproken. Relevante afleveringen die aansluiten bij dit interview zijn S1E3, S2E8, S3E5 en S3E12. Deze zijn te beluisteren op je favoriete podcastapp of via <https://app.springcast.fm/podcast/de-hoofdpijn-podcast>.**