

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE SANTE D'ANGERS.....	3
REMERCIEMENTS	9
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	16
TABLE DES TABLEAUX	17
LISTE DES ABREVIATIONS	18
INTRODUCTION	19
PARTIE I : COMPRENDRE LA MYOPATHIE DE DUCHENNE	19
1. Point sur la pathologie	19
1.1. Un brin d'histoire.....	19
1.2. Généralités, clinique et principales manifestations	21
1.2.1. Généralités.....	21
1.2.2. Cas de manifestation chez les femmes	21
1.2.3. Manifestations cliniques de la DMD	21
1.3. Conséquences de la pathologie.....	24
1.3.1. Les conséquences physico-cliniques.....	24
1.4. Le diagnostic de la maladie	26
1.4.1. Circonstances et signes évocateurs	26
1.4.2. Diagnostic de la maladie	27
1.5. Suivi des patients et consultations	28
1.5.1. Consultations génétiques pour l'entourage	28
1.5.2. Consultations de suivi de la maladie	29
1.6. Autre cas de myopathie : La myopathie de Becker	31
1.7. La dystrophine.....	31
1.7.1. Structure de la protéine	31
1.7.2. Rôle de la dystrophine	33
1.8. Le gène DMD et ses mutations dans la myopathie de Duchenne.....	33
2. Prise en charge de la myopathie de Duchenne	35
2.1. Traitements médicamenteux : dans la pratique actuelle	35
2.1.1. La corticothérapie.....	35
2.1.2. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC).....	36
2.1.3. Prévention et traitement de l'ostéoporose	36

2.1.4.	<i>Autres traitements</i>	37
2.2.	Où en est la recherche?	37
2.3.	Prise en charge non médicamenteuse	44
2.3.1.	<i>Prise en charge motrice et appareillage</i>	44
2.3.2.	<i>Prise en charge chirurgicale</i>	45
2.3.3.	<i>Prise en charge des troubles nutritionnels</i>	46
PARTIE II :	ETUDE DE DOSSIERS AU CHU D'ANGERS	49
1.	Préambule	49
2.	Objectifs	49
3.	Matériel et méthode	50
3.1.	Critères d'inclusion et patients exclus de l'étude	50
3.2.	Méthode	50
4.	Résultats	51
4.1.	Description de la cohorte	51
4.2.	Résultats de l'étude	52
4.2.1.	<i>Etude des fractures</i>	52
4.2.2.	<i>Etude de l'impact du traitement par bisphosphonate sur la nécessité de mise en place d'arthrodèse, de trachéotomie et de gastrotomie</i>	54
4.2.3.	<i>Etude de l'impact du traitement cardiologique sur les fonctions respiratoires</i> .	54
5.	Discussion	55
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	61

Table des illustrations

<i>Figure 1 : Manœuvre de Gowers²³</i>	22
<i>Figure 2 : Récapitulatif des principales atteintes musculaires chez les patients atteints de DMD</i>	23
<i>Figure 3 : Récapitulatif des conséquences de la dystrophie musculaire de Duchenne</i>	26
<i>Figure 4 : Biopsie musculaire³³</i>	27
<i>Figure 5 : diagnostic de la maladie, de la suspicion à la confirmation³⁴</i>	28
<i>Figure 6 : arbre de transmission de la DMD⁵²</i>	28
<i>Figure 7 : Récapitulatif des différentes consultations et leurs objectifs principaux</i>	30
<i>Figure 8 : représentation de la dystrophine dans la cellule musculaire⁵²</i>	32
<i>Figure 9 : Représentation de l'interaction de nombreuses protéines avec la dystrophine⁴¹</i>	32
<i>Figure 10 : Les mutations du gène DMD⁴⁰</i>	33
<i>Figure 11 : Différents types de mutation conduisant au phénotype DMD ou BMD⁵⁴</i>	34
<i>Figure 12 : Atteintes liées à la DMD, prise en charge, traitements actuels et ceux en cours d'essais</i>	48
<i>Figure 13 : Récapitulatif des éléments étudiés chez les patients DMD inclus dans l'étude</i>	51

Table des tableaux

<u>Tableau 1 : Mode d'action des principaux traitements par thérapie génique en cours d'essai ..</u>	38
<u>Tableau 2 : Quelques essais en cours en thérapie génique dans la DMD.....</u>	39
<u>Tableau 3 : Quelques essais pharmacologiques en cours dans la DMD</u>	42
<u>Tableau 4 : Représentation du nombre de patients concernés pour différents événements</u>	51
<u>Tableau 5 : Récapitulatif de l'âge de mise en place des différents traitements médicamenteux et chirurgicaux</u>	52
<u>Tableau 6 : Comparaison des fréquences d'apparition de fracture chez les patients traités par corticoïdes par rapport aux patients non traités.</u>	52
<u>Tableau 7 : Etude de l'âge de première fracture en fonction du traitement médicamenteux</u>	53
<u>Tableau 8 : Représentation du délai de survenue d'une fracture (en années) en fonction du traitement.....</u>	53
<u>Tableau 9 : Comparaison des fréquences d'apparition d'arthrodèse chez les patients traités par bisphosphonate par rapport aux patients non traités.</u>	54
<u>Tableau 10 : Comparaison des fréquences d'apparition trachéotomie chez les patients traités par bisphosphonate par rapport aux patients non traités.</u>	54
<u>Tableau 11 : Comparaison des fréquences d'apparition de gastrotomie chez les patients traités par bisphosphonate par rapport aux patients non traités.....</u>	54

Liste des abréviations

AAV : Adeno Associated Virus
AFM : Association Française contre les Myopathies
AIS : Anti-inflammatoire stéroïdien
ALAT : Alanine Aminotransférase
ASAT : Aspartate Aminotransférase
ARN : Acide Ribonucléique
BMD : Becker Muscular Dystrophy
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CK : Créatine Kinase
CV : Capacité Vitale
DGC : Dystrophin-associated glycoprotein complex
DMD : Duchenne Muscular Dystrophy
DMP : Dossier Médical Partagé
ECG : Electrocardiogramme
FE : Fraction d'éjection
IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
MFM : Mesure des Fonctions Motrices
NA : Non Applicable
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produits
RGO : Reflux Gastro-œsophagien
VEMS : Volume Expiratoire Maximal par Seconde
VNI : Ventilation Non Invasive
WBB : Waston Bolton et Brooke (score de)

Introduction

La dystrophie musculaire de Duchenne est aussi appelée DMD (*Duchenne muscular dystrophy*), myopathie de Duchenne de Boulogne ou dystrophie musculaire liée à l'X¹. C'est une pathologie neuromusculaire génétique liée à une mutation du gène DMD provoquant l'absence d'une protéine musculaire². Cette pathologie se caractérise alors par une dégénérescence progressive de l'ensemble des fibres musculaires de l'organisme^{1,3}.

La myopathie de Duchenne de Boulogne est une pathologie rare qui affecte 1 sur 3500 à 6000 garçons naissant par an⁴ soit 15,1 nouveau-nés atteints pour 100 000 naissances³ dans le monde dont 100 à 150 nouveau-nés atteints par an en France¹. La prévalence de cette pathologie est estimée à 4,78 pour 100 000 hommes^{3,5} et celle dans la population pédiatrique à 12,57 pour 100 000 garçons dans le monde⁵.

L'objectif de cette thèse est, d'une part, de comprendre la myopathie de Duchenne et, d'autre part, d'étudier l'impact des traitements dans la prise en charge de cette pathologie. Une étude rétrospective a été réalisée sur 42 patients au CHU d'Angers afin d'observer les bénéfices cliniques de ces traitements, de leur association ou de leur instauration précoce.

Partie I : Comprendre la myopathie de Duchenne

1. Point sur la pathologie

1.1. Un brin d'histoire

La myopathie de Duchenne a été décrite pour la première fois par M. Guillaume Duchenne. M. Guillaume Duchenne (ou Guillaume Benjamin Amand Duchenne) est né dans un milieu modeste de pêcheurs à Boulogne-sur-Mer en 1806. Il a fait des études médicales à Paris (1826-1832) où il a eu un cursus des plus modestes⁶.

Inspiré de plusieurs traités, il décida de bricoler une bobine à induction et il testa l'usage de l'électricité pour soulager les douleurs des marins. Il vit alors les muscles se contracter sous la stimulation électrique et s'en inspira pour étudier la physiologie des muscles, qui était jusqu'alors étudiée post-mortem.

En 1842 à Paris, il s'installe comme médecin praticien pour gagner sa vie et la seconde partie de sa journée était consacrée à la visite des hôpitaux pour tester sa technique sur des patients atteints de paralysies ou d'atrophies musculaires. Il y découvre que les territoires stimulés chez ces patients ont une réaction plus ou moins importante voire absente⁶. Il remet alors en cause l'étiologie neurologique

de ces pathologies en soulevant l'idée que seule la composante musculaire était défaillante. À cette époque, les déficiences musculaires étaient toutes considérées comme liées à une maladie neurologique, cette découverte est donc une avancée majeure^{6,7}.

Un jour, un enfant avec des problèmes moteurs lui est présenté. Il se relevait difficilement et avait du mal à marcher. Il fut surpris car les muscles en cause dans le relevé, au lieu de s'atrophier, s'hypertrophiaient et durcissaient. C'est le prototype d'une myopathie qui va conduire à de nombreuses recherches. Il eut l'idée de faire un trocart (emporte-pièce histologique) pour prélever un morceau de muscle. L'analyse microscopique conclut que les fibres musculaires étaient anormales. C'est ce qu'il appellera paralysie pseudo-hypertrophique⁷ ou myosclérosique ou myopathie pseudo-hypertrophique. C'est la description initiale de la maladie de Duchenne. La dystrophie musculaire de Duchenne (DMD) a été caractérisée en 1861⁶.

En 1868, sous forme d'un feuilleton en 5 épisodes, il réalise la description complète et méticuleuse de cette maladie nouvelle. Il considère que c'est une maladie des enfants de sexe male. Cette année-là, il proposa des critères diagnostiques basés sur des observations anatomiques et des stimulations électriques⁶.

Guillaume Duchenne n'est pas le seul à avoir travaillé sur cette maladie.

En 1886, William Richard Gowers observa que les cas isolés de dystrophie étaient plus rares que les cas familiaux avec des antécédents du côté de la mère. Il découvre aussi que les femmes peuvent avoir des enfants dystrophiques, mêmes s'ils sont nés de pères différents. Il découvre alors la connotation familiale et la notion de mères et femmes transmettrices de la maladie⁸. Il décrit également la manière dont les enfants se relèvent dans le « manuel des maladies du système nerveux », pour passer de la position couchée à debout⁹. Cette manœuvre porte alors son nom.

Le 30 septembre 1986 se tenait le congrès de myologie de Tours organisé par l'AFM¹⁰ (Association française contre les myopathies). C'est lors de ce congrès qu'Anthony Monaco, jeune chercheur de l'équipe de recherche de Louis M. Kunkel, a annoncé l'identification du gène responsable de la myopathie de Duchenne sur le chromosome X¹⁰. Cette découverte a alors fêté ses 30 ans en 2016.

Aujourd'hui, l'objectif est de stopper l'évolution de la pathologie et à terme, la guérir totalement¹⁰. Pour se faire, la recherche s'oriente vers des thérapies géniques et pharmacologiques. Sont aujourd'hui répertoriés 86 essais cliniques en cours ou en préparation dans la DMD dont 13 essais en cours en France¹.

1.2. Généralités, clinique et principales manifestations

1.2.1. Généralités

La DMD est une maladie génétique rare dont l'anomalie du gène entraîne l'absence d'une protéine nommée la dystrophine². En l'absence de dystrophine, les fibres musculaires (squelettiques, lisses et cardiaques)^{1,11} s'abîment à chaque contraction et finissent par se détruire^{12,13}. C'est une maladie qui se caractérise par une atrophie et une dégénérescence progressive de l'ensemble des muscles du corps^{1,2,11}.

Cette maladie se manifeste rarement avant l'âge de 3 ans¹²⁻¹⁴ et touche presque exclusivement des garçons, du fait de l'hérédité récessive liée au chromosome X. Dans 99,9% des cas, les garçons sont malades¹³ et les femmes transmettent la maladie. Mais celles-ci peuvent être exceptionnellement atteintes^{2,13}.

1.2.2. Cas de manifestation chez les femmes

Les femmes transmettrices ont un chromosome X porteur de la mutation du gène DMD². Les femmes qui présentent des caractéristiques cliniques de DMD sont des femmes porteuses de remaniements du chromosome X ou porteuses d'un chromosome X partiellement inactivé^{4,15}.

Une étude a été réalisée en 2015 sur des femmes transmettrices et les auteurs indiquent qu'il existe une fréquence élevée d'anomalie cardiaque chez ces femmes¹⁶. Certaines femmes ne seront touchées que par les anomalies cardiaques tandis que d'autres présenteront une symptomatologie différente. En effet, 24% des femmes conductrices sont symptomatiques et présentent une faiblesse musculaire de sévérité variable, parfois associée à une cardiomyopathie dilatée¹⁵. Ces symptômes se révèlent habituellement à l'âge adulte chez la femme, touchant plus souvent les membres supérieurs et se caractérisant par une myasthénie, des crampes ou une myalgie^{13,17}. Le pronostic chez ces femmes est variable mais l'évolution est en générale plus lente et moins sévère que chez les garçons atteints de DMD¹⁵. Il est conseillé pour les femmes conductrices de la DMD de se soumettre à une surveillance médicale régulière et notamment cardiaque même en l'absence de symptômes¹³.

De rares cas de femmes présentant une mutation du gène DMD sur les deux chromosomes X ont été rapportés. Ces femmes ont alors développé la maladie de Duchenne. Elles sont une dizaine dans le monde à présenter ce génotype¹³.

1.2.3. Manifestations cliniques de la DMD

Chez les enfants atteints de la myopathie de Duchenne, l'acquisition de la marche se fait tardivement^{14,18}. En effet, 50% des garçons atteints de la DMD commencent à marcher après l'âge de 18 mois^{19,20}. La symptomatologie est décrite par une faiblesse musculaire symétrique qui touche d'abord les muscles proximaux puis distaux²⁰⁻²².

Il est constaté que les garçons après l'âge de 3 ans^{2,13} commencent à avoir des difficultés pour se relever et tombent¹⁴. Ces garçons ont besoin de s'aider de leurs mains pour se relever du sol en formant un triangle²³, cette technique est appelée manœuvre de Gowers (*fig.1*)²³. Ils sont progressivement gagnés par une faiblesse musculaire au niveau des membres inférieurs²² (muscles pelviens, cuisses et hanches)^{2,20}, ce qui leur donne des difficultés pour courir, monter les escaliers^{18,20,22} mais aussi leur provoque des chutes fréquentes^{2,13,22}.

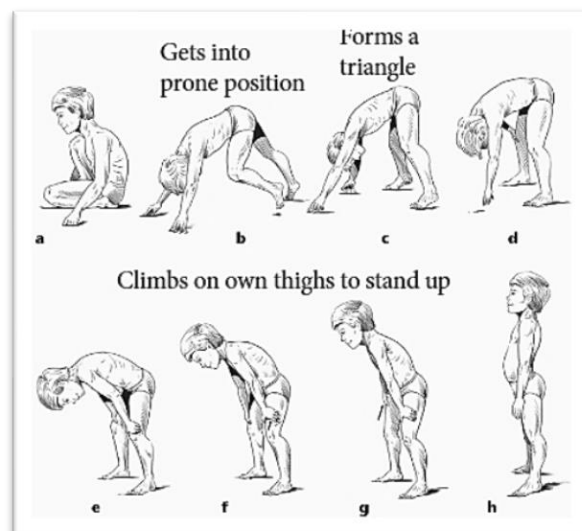


Figure 1 : Manœuvre de Gowers²³

Quelques années après, ce sont les muscles du dos, du tronc et les membres supérieurs qui sont touchés^{2,12}. Les enfants atteints présentent alors à ce stade des difficultés pour attraper des objets en hauteur et lever les bras².

Les muscles fessiers sont souvent affaiblis. Pour compenser, l'enfant s'incline vers la jambe d'appui pour soulever l'autre¹⁴ et acquiert alors une démarche dandinante et souvent sur la pointe des pieds^{14,22}.

L'enfant peut également présenter un aspect de mollets hypertrophiés^{2,21}. L'hypertrophie des mollets, appelée pseudo hypertrophie s'explique par le remplacement d'une partie du tissu musculaire du mollet par du tissu adipeux^{14,21} et cicatriciel^{18,22}. Certains patients rapportent également des douleurs comme des crampes musculaires au niveau des mollets¹⁸.

D'une manière générale, les enfants atteints de la myopathie de Duchenne perdent l'usage de la marche vers 12 ans^{18,22,24}.

L'atteinte des muscles du tube digestif entraîne des troubles du transit intestinal¹⁴ accrus par l'immobilisation, les déformations, le positionnement au fauteuil et le manque de verticalisation. Les muscles lisses de l'intestin deviennent moins efficaces et conduisent à une diminution du péristaltisme²¹, aboutissant à une constipation. Ces troubles peuvent aller de simples ballonnements à des douleurs abdominales voire même à des complications plus graves comme un fécalome ou une occlusion intestinale. 70% des patients atteints de dystrophie de Duchenne sont concernés par la constipation²¹. Les muscles de la gorge sont également atteints mais de façon tardive. Cette atteinte entraîne des troubles de la déglutition qui peuvent conduire à des fausses routes¹⁴.

L'atteinte des muscles respiratoires (muscles intercostaux et diaphragme le plus souvent) est relativement tardive¹⁴. Ce phénomène se produit en général au moment de l'adolescence^{13,20}. L'altération des fonctions respiratoires est accentuée par la scoliose où les déformations osseuses gênent les mouvements respiratoires²⁰. Ces affections peuvent se manifester par des maux de tête, des difficultés de concentration ainsi que des cauchemars et conduisent à une insuffisance respiratoire. De plus, l'altération des muscles abdominaux rend la toux moins efficace pour expectorer et dégager les voies respiratoires et favorise les infections^{13,18} comme les bronchites ou pneumonies. Les troubles respiratoires sont une cause de décès chez ces patients.

Le myocarde est également altéré. L'atteinte cardiaque survient à un âge variable et le plus souvent de façon silencieuse¹³, se trouvant donc souvent diagnostiquée lors d'un examen cardiologique de routine. Elle peut se manifester par un essoufflement anormal et des palpitations à l'effort. Cette atteinte aboutit à une cardiomyopathie dilatée à dysfonction ventriculaire, complication majeure de la maladie, qui conduit à une insuffisance cardiaque pouvant être mortelle¹³. La figure 2 récapitule les principales atteintes musculaires chez les patients atteints de DMD.

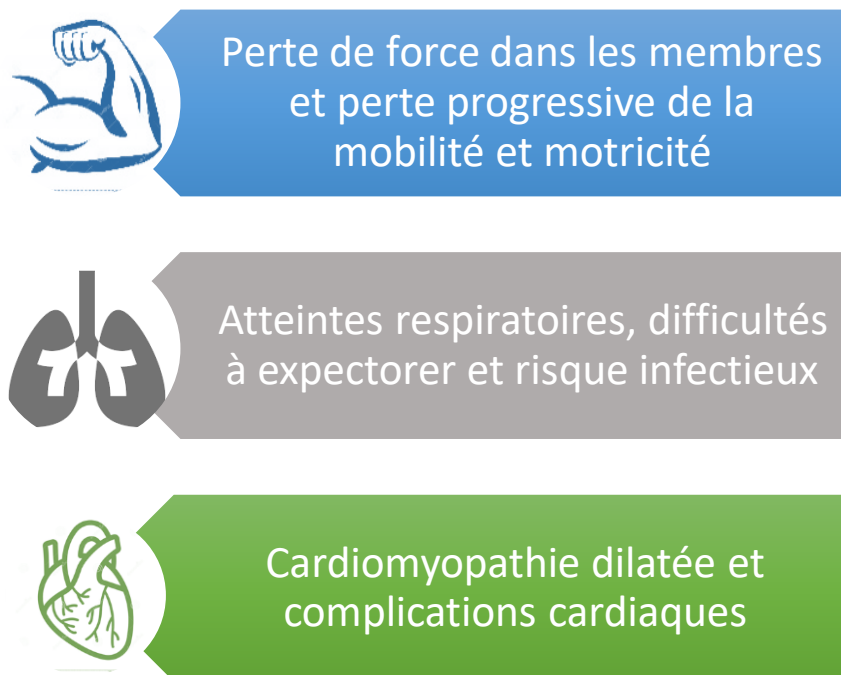


Figure 2 : Récapitulatif des principales atteintes musculaires chez les patients atteints de DMD

Les patients non traités pouvaient décéder de complications cardiorespiratoires²¹ de l'adolescence jusqu'au début de la vingtaine. La prise en charge globale, la thérapeutique et une surveillance accrue ont permis d'améliorer la qualité et l'espérance de vie^{24,25}. En effet, l'espérance de vie en 1990 des patients DMD était de 19,3 ans tandis qu'en 2012 elle est estimée à 24,5 ans²⁶.

1.3. Conséquences de la pathologie

1.3.1. Les conséquences physico-cliniques

La faiblesse musculaire qui résulte de la dystrophie de Duchenne peut conduire à des rétractions musculo-tendineuses^{14,25}. Dans ce cas, les muscles se rétractent et deviennent plus courts et limitent alors l'amplitude d'action des articulations adjacentes¹⁴. Cela touche les genoux, les hanches, les pieds, les coudes, les poignets et les doigts^{20,25}.

En position assise, le pied a tendance à pointer vers le bas, c'est la même chose en position couchée lorsque les draps appuient sur le pied en décubitus dorsal ou lorsque le patient se trouve en décubitus ventral. Ces facteurs contribuent à raccourcir le tendon d'Achille d'autant plus que, dans cette pathologie, les muscles releveurs du pied sont faibles. Cette tendance à la rétraction du tendon d'Achille et celle du pied à tourner vers l'intérieur tendent à fixer le pied en *varus équin*¹⁴ et peut aboutir à l'impossibilité de poser le pied au sol^{14,25}.

La faiblesse des muscles fessiers provoque une bascule du bassin vers l'avant. Pour compenser, le tronc a tendance à être rejeté en arrière et les patients cambrent le dos, ce qui provoque une hyperlordose lombaire¹⁴. Celle-ci est également accentuée par le manque de tonus des muscles abdominaux.

Le manque de déambulation¹⁹ et la faiblesse des muscles paravertébraux¹⁴ favorisent aussi des déformations de type scoliose chez ces enfants. Une déformation importante de la colonne peut conduire à une intervention chirurgicale. Ce phénomène est souvent accentué au moment de l'adolescence en raison de la poussée de croissance.

De plus, la rétraction du muscle droit antérieur et des tenseurs du *fascia lata*, la faiblesse des muscles fessiers et l'immobilisation des articulations de hanche conduisent à un flexum de hanche qui peut être douloureux à long terme¹⁴.

De surcroît, une fragilité osseuse¹³ s'installe alors petit à petit. Le manque de sollicitation mécanique des os dû à l'immobilisation favorise leur déminéralisation et provoque l'ostéoporose¹⁴. Le risque d'ostéoporose est augmenté également par les corticoïdes qui sont administrés aux patients durant plusieurs années. L'ensemble de ces facteurs de risques conduit à la dégradation de la masse osseuse et à l'augmentation du risque de fracture vertébrale²⁷ et de fractures des membres inférieurs notamment^{13,14}. En effet, 20 à 60% des garçons atteints de DMD ont des fractures traumatiques basses aux extrémités et jusqu'à 30% des garçons développent des fractures vertébrales symptomatiques²⁸. Lorsque les patients sont immobilisés en fauteuil et ne parviennent plus à la verticalisation, le risque de fracture est léger et ne s'observe généralement que lors du transfert du fauteuil.

L'atteinte respiratoire est liée au processus myopathique lui-même mais également à la déformation de la colonne et des côtes qui peuvent gêner le mouvement des muscles respiratoires comme le diaphragme¹⁴. La résultante de cette atteinte est l'insuffisance respiratoire et le risque infectieux. De plus, les patients atteints de la myopathie de Duchenne sont souvent concernés par l'apnée du sommeil¹⁴ et une hypercapnie²⁹ nocturne puis diurne liée à cette insuffisance respiratoire.

Comme évoqué précédemment, l'atteinte cardiaque se traduit par une cardiomyopathie dilatée et s'observe par une baisse de la contractilité¹⁴ et de la conduction, une arythmie²² et des ventricules dilatés.

L'immobilité et l'apport insuffisant en liquide favorisent la formation de calculs¹⁴ dans la vessie et/ou les reins, conduisant à des lithiases urinaires¹³. Les calculs rénaux qui surviennent chez les patients atteints de DMD ont les mêmes caractéristiques que les calculs retrouvés dans la population générale. Les facteurs de risque sont l'immobilisation et le traitement par corticoïdes mais aucun lien direct entre la DMD et la présence de ces calculs ne peut être établi³⁰.

Des conséquences nutritionnelles¹³ surviennent également, se manifestant soit par une prise de poids voire même à une obésité. En effet, du fait de l'inactivité, les apports nutritionnels deviennent supérieurs aux dépenses de l'organisme^{13,14}. Dans 60% des cas, l'obésité survient au moment de la perte de la marche³¹. Le traitement par corticoïdes va également avoir un impact sur la prise de poids et sur la survenue de troubles métaboliques par son action sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

A l'inverse, un amaigrissement peut aussi être constaté, plus tard dans le processus pathologique. Il est lié à une perte d'appétit, une faiblesse des membres supérieurs empêchant l'alimentation spontanée³¹, une dépression ou des troubles de la déglutition¹⁴.

Un mauvais retour veineux et des troubles de la microcirculation peuvent aussi apparaître, provoquant une sensation de froid ou une paresthésie au niveau des extrémités notamment des pieds^{13,14}.

Des difficultés d'apprentissage, de lecture ou des troubles de l'attention³² liés à l'absence de dystrophine au niveau du cerveau et du cervelet sont constatés^{13,14}. Le retard mental est présent dans 20% des cas de myopathie de Duchenne³². C'est une atteinte non progressive²² dont la variabilité interindividuelle est très large, allant de l'efficacité normale au retard sévère³².

Des difficultés d'apprentissage peuvent être liées à des troubles anxieux et dépressifs lorsque l'enfant devient plus conscient de sa différence physique par rapport aux autres enfants³³. Ces phénomènes anxieux face à la maladie, retrouvés de manière non spécifique dans les maladies chroniques³² peuvent également entraîner des problèmes émotionnels et engendrer des sauts d'humeur, une

irritabilité, de l'agressivité ou une baisse des performances scolaires¹⁴. Quelques enfants présentent également des troubles majeurs de la communication¹⁴.

La figure 3 récapitule les principales conséquences de la pathologie.

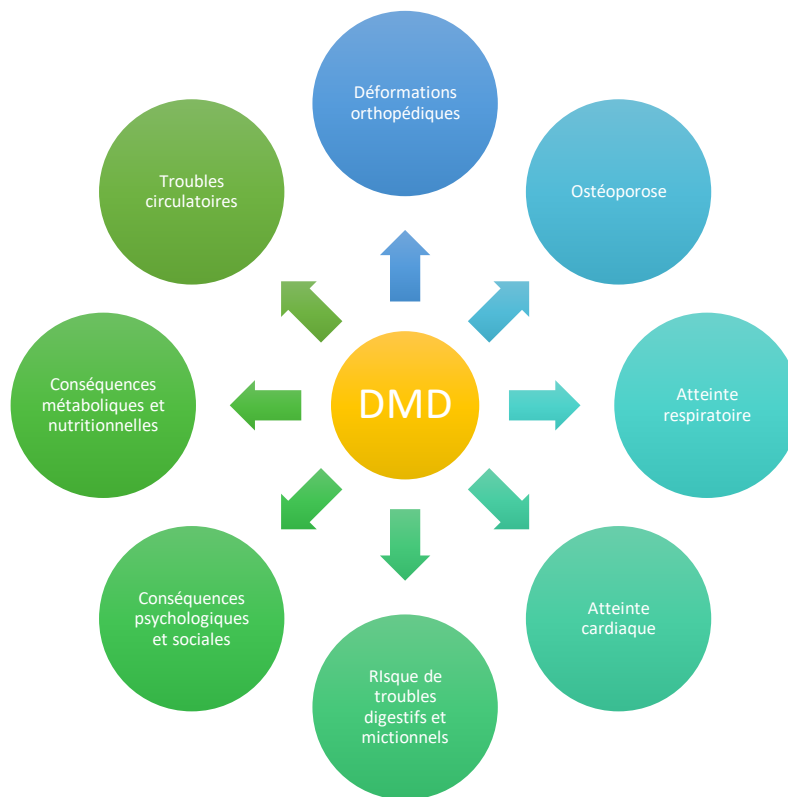


Figure 3 : Récapitulatif des conséquences de la dystrophie musculaire de Duchenne

1.4. Le diagnostic de la maladie

1.4.1. Circonstances et signes évocateurs

Le diagnostic est souvent demandé dans les premières années de vie de l'enfant. Dans la très grande majorité des cas, ce diagnostic est évoqué à l'occasion de difficultés à la marche ou de faiblesses musculaires progressives^{20,34,35} qui s'installent en général chez le jeune garçon³⁶ âgé de 3 à 4 ans³⁷. La manœuvre de Gowers peut aussi être un signe évocateur³⁴.

Dans certains cas, le diagnostic n'est pas prononcé pour des difficultés musculaires mais suite à des troubles de l'apprentissage ou de la communication³⁵⁻³⁷.

Dans d'autres cas, le diagnostic de la maladie est annoncé suite à un bilan d'analyse qui a été prescrit pour une autre raison que des troubles de la marche et pour lequel une anomalie biologique isolée a été découverte^{35,36}. En effet, un taux sérique élevé de CK (Créatine Kinase) est un témoin de lyse du tissu musculaire. Ce taux peut atteindre 100 fois la normale²⁰ et cette valeur élevée révèle une atteinte musculaire sans en expliquer l'étiologie³⁸. Un taux sérique élevé de CK peut être un indicateur de

pathologies musculaires mais peut également être un signe de troubles thyroïdiens, métaboliques ou médicamenteux lorsqu'aucun symptôme musculaire n'est constaté³⁹. Les transaminases hépatiques (ASAT et ALAT) sont en général aussi augmentées dans la myopathie de Duchenne³⁹. La diagnostic différentiel avec une pathologie hépatique doit alors être investigué lors de l'élévation de ces taux⁴⁰. Lors de l'élévation simple de ces enzymes, une focalisation sur le dysfonctionnement hépatique peut conduire à un retard de diagnostic de la DMD³⁴.

Le diagnostic peut également être réalisé à la suite d'une suspicion lors d'une enquête familiale^{37,38} lorsqu'un premier enfant est atteint dans la famille. La maladie est alors diagnostiquée avant que les difficultés n'apparaissent chez l'enfant.

De manière très exceptionnelle, le diagnostic peut se faire lors d'une anesthésie générale³⁷, chez un garçon qui ne présente pas de symptômes. En effet, les patients atteints de DMD peuvent avoir des réactions indésirables à titre d'hyperthermie maligne³⁷ à certains types d'anesthésie²⁵ et ce sont ces réactions qui peuvent conduire à un diagnostic chez un patient asymptomatique.

1.4.2. Diagnostic de la maladie

En cas de suspicion liée aux caractéristiques cliniques, le médecin commence par faire un dosage des CK sériques³⁷. En cas de DMD, la valeur sera nettement élevée par rapport aux valeurs de références. Ce dosage a une valeur d'orientation du diagnostic³⁷.

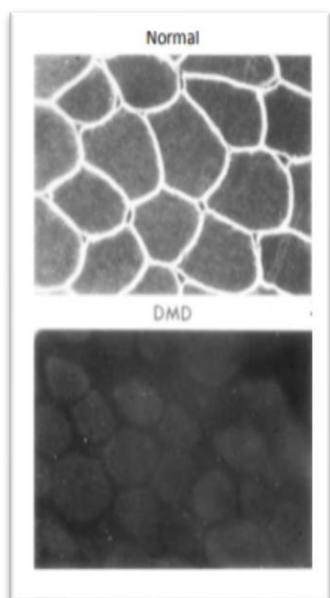


Figure 4 : Biopsie musculaire³³

En haut : muscle normal dans lequel la dystrophine entoure les fibres

En bas : muscle sans dystrophine

Lorsque les symptômes cliniques et les résultats biologiques sont en faveur d'une DMD, le spécialiste en maladies neuromusculaires va réaliser un examen génétique dans le but d'analyser la présence d'une mutation du gène de la DMD. Cet élément permet de confirmer le diagnostic de la myopathie de Duchenne et de caractériser la mutation³⁶. Le test consiste en la recherche de délétions et de duplications du gène, qui sont les types de mutations les plus fréquents dans cette pathologie³⁴. Si aucune des méthodes employées ne conduit à une caractérisation complète de la mutation, un séquençage du gène doit être effectué³⁶ pour rechercher les types de mutations restantes attribuées à la DMD³⁴. Cette caractérisation génétique est importante pour observer un lien de corrélation avec le phénotype et pour déterminer l'éligibilité à certains traitements.

Si l'examen génétique ne permet pas d'établir un diagnostic, une biopsie musculaire est réalisée³⁴, ayant pour objectif d'observer l'absence de dystrophine dans le muscle (*fig.4*)^{36,37}.

La figure 5 représente un arbre décisionnel destiné au diagnostic de la pathologie.

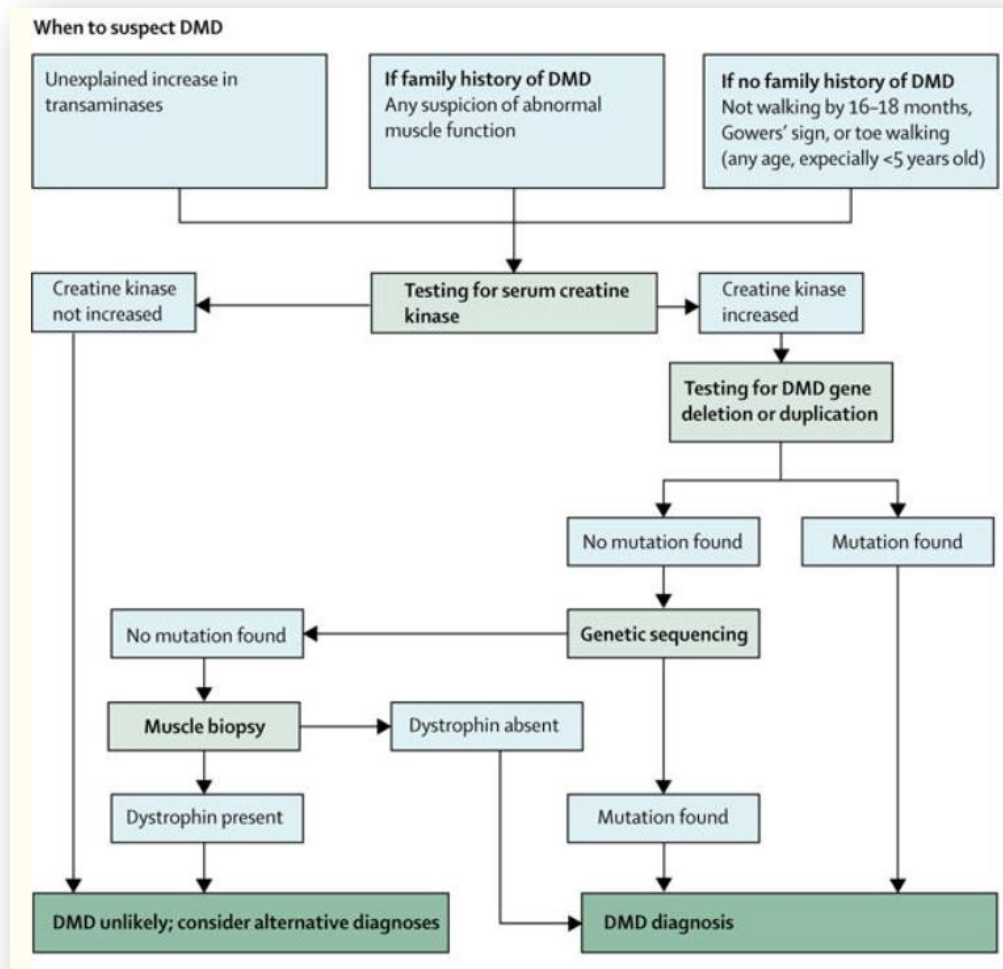


Figure 5 : diagnostic de la maladie, de la suspicion à la confirmation³⁴

1.5. Suivi des patients et consultations

1.5.1. Consultations génétiques pour l'entourage

Une fois la mutation génétique de l'enfant connue, la mère de celui-ci peut réaliser un bilan génétique afin de savoir si elle est transmettrice de la maladie³⁵. Les mutations *de novo* concernent environ un tiers des cas de myopathie de Duchenne^{13,41}. Si la mutation est présente chez la mère, la même analyse est réalisée chez les autres membres de sexe féminin de la famille (sœur, filles etc.). Cette analyse génétique permet à la femme transmettrice d'avoir une décision éclairée au sujet des grossesses futures et le risque de transmettre la pathologie.

En effet, une femme conductrice de la DMD a 50% de risque de transmettre la maladie si c'est un garçon et 50% que l'enfant soit porteur si c'est une fille (fig.6)^{11,13}.

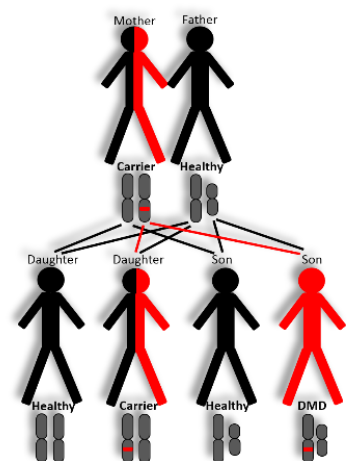


Figure 6 : arbre de transmission de la DMD⁵²

Les parents peuvent être suivis en consultations génétiques et avoir recours à un diagnostic prénatal¹¹ ou préimplantatoire en cas de fécondation *in vitro*. Ces diagnostics permettent de savoir si l'enfant à naître est porteur de la maladie¹³

De plus, les femmes transmettrices pourront alors être suivies sur les plans musculaires et cardiaques et connaître le taux de risques de développement des symptômes³⁵.

1.5.2. Consultations de suivi de la maladie

Une prise en charge pluridisciplinaire de la myopathie de Duchenne est essentielle¹¹.

Lorsqu'un enfant est diagnostiqué atteint de la maladie de Duchenne, celui-ci est pris en charge par un médecin spécialisé des maladies neuromusculaires^{34,35}. Des consultations pluridisciplinaires sont organisées en moyenne tous les 6 mois³⁵ pour suivre l'évolution de la pathologie. Le rythme des consultations peut varier selon l'état de l'enfant, les habitudes du centre de soin, en cas de complications ou d'échéances programmées¹⁴. Ces consultations regroupent les suivis par un médecin neuropédiatre, un médecin de rééducation, un kinésithérapeute et un ergothérapeute⁴². Ensemble, ils vont établir une batterie de tests leur permettant de définir l'évolution de la pathologie, des douleurs et les retentissements sur la vie quotidienne en essayant de trouver des solutions et une prise en charge adaptée⁴².

Le neuropédiatre va observer l'état général de son patient, sa croissance et son développement ainsi que l'évolution de la pathologie. Il est chargé de donner aux familles les informations nécessaires concernant l'évolution de la maladie et les modalités de prise en charge. Il accompagne et oriente les familles dans le parcours de soins de l'enfant³⁴. Le médecin réalise plusieurs tests pour suivre l'évolution de la pathologie comme le test de marche de 6 min ou le temps de passage coucher/debout.

Le kinésithérapeute va tester la force musculaire et appréhender les capacités articulaires. Il peut réaliser par exemple une MFM (mesure des fonctions motrices) qui consiste en un bilan d'une demi-heure au cours duquel il va faire réaliser à l'enfant un ensemble de tests (32 items) regroupés 3 domaines. Un bilan de la douleur est également réalisé.

Ces professionnels peuvent collaborer avec d'autres intervenants comme un nutritionniste, un endocrinologue, un diabétologue etc¹⁴.

En grandissant, l'enfant aura également un suivi pulmonaire et cardiaque régulier.

A l'âge adulte, le suivi est annuel¹⁴ et peut s'organiser en journée pluridisciplinaire. Il vise à prévenir les complications cardiaques et pulmonaires principalement. Ce bilan annuel comporte notamment un bilan orthopédique, un *testing* musculaire, un bilan respiratoire et un examen cardiaque¹⁴. Les capacités motrices sont testées *via* des scores comme les scores Walton, Boston et Brooke (WBB). Les examens

respiratoires consistent en une exploration fonctionnelle qui comprend la mesure de la capacité vitale, des pressions inspiratoires et expiratoires maximales et de gaz du sang. Il est possible de réaliser un enregistrement polygraphique du sommeil ou enregistrement polysomnographique pour détecter l'existence d'une hypoventilation alvéolaire¹⁴. La figure 7 récapitule les différentes consultations et leurs objectifs au sein d'une consultation pluridisciplinaire dans le cadre de la prise en charge de la DMD à Angers.

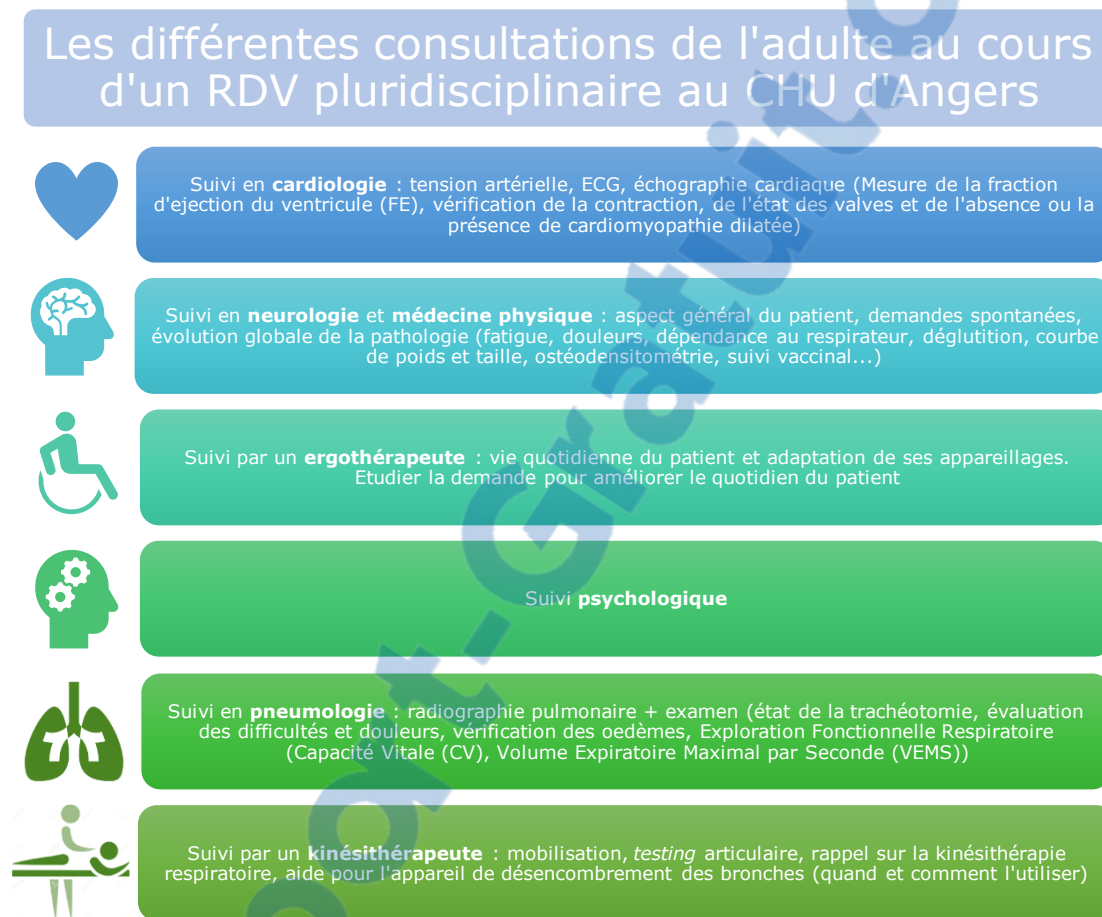


Figure 7 : Récapitulatif des différentes consultations et leurs objectifs principaux

A la suite de ces différentes consultations lors d'une journée en pluridisciplinaire, les médecins se réunissent pour discuter de l'état global du patient. Le patient quitte l'hôpital avec un avis des médecins sur l'évolution de sa pathologie, les ordonnances qu'ils auront faites si besoin, les objectifs pour la prochaine consultation et ce qu'il est indiqué de mettre en place pour la suite.

1.6. Autre cas de myopathie : La myopathie de Becker

Les mutations génétiques retrouvées dans la Myopathie de Duchenne de Boulogne résultent en l'absence de production de dystrophine alors que celles retrouvées dans la Myopathie de Becker (ou Becker Muscular Dystrophy ou BMD) sont des mutations compatibles avec la production d'une dystrophine anormale sur la plan quantitatif ou qualitatif^{4,43}.

La BMD est une dystrophie musculaire moins sévère que la DMD⁴. Le début de la maladie est plus tardif, souvent entre la fin de l'enfance et le début de l'adolescence⁴⁴, en moyenne vers 11 ans⁴⁵. L'évolution de la pathologie est plus lente et moins prévisible⁴⁴. La marche est conservée jusqu'à 15 ans minimum, souvent jusqu'à 40 ou 60 ans⁴, et certains ne la perdront pas²². En effet, seulement 40% des patients atteints de BMD ont besoin d'un fauteuil roulant⁴⁵.

Les patients atteints de BMD sont également touchés par l'atteinte cardiaque⁴⁶ et c'est parfois l'atteinte la plus importante avec un faible retentissement sur les muscles squelettiques⁴⁶. L'atteinte cardiaque peut être de sévérité variable et s'observe notamment après 40 ans⁴. L'atteinte pulmonaire est moins sévère et plus tardive dans la BMD que dans la DMD.

Il existe également une forme de cardiomyopathie liée à l'X dans laquelle l'expression et/ou la fonction de la dystrophine est exclusivement altérée dans le tissu cardiaque⁴⁷.

Le diagnostic différentiel entre ces pathologies s'effectue sur la clinique, l'analyse génétique et la biopsie musculaire. Le type de mutation génétique et les conséquences en termes de production de dystrophine permettent de déterminer un phénotype BMD ou DMD. La biopsie musculaire d'un sujet BMD mettra en évidence une dystrophine plus petite ou en quantité insuffisante par rapport à la normale⁴⁸, contrairement au sujet DMD qui aura une dystrophine absente.

1.7. La dystrophine

1.7.1. Structure de la protéine

C'est une protéine cytosquelettique allongée et formée de 3685 acides aminés pour un poids moléculaire de 427kDa^{4,49} localisée à la face cytoplasmique du sarcolemme^{4,50,51}. La dystrophine représente à ce niveau 5% des protéines du sarcolemme et 0,002% des protéines du muscle strié⁴⁷. La dystrophine est présente dans les tissus musculaires squelettiques et cardiaque, le cerveau, la rétine, les cellules gliales et de Purkinje⁴. Elle se trouve également en quantité réduite dans les lymphocytes⁴.

La figure 8 représente la localisation de la dystrophine au sein d'une cellule musculaire.

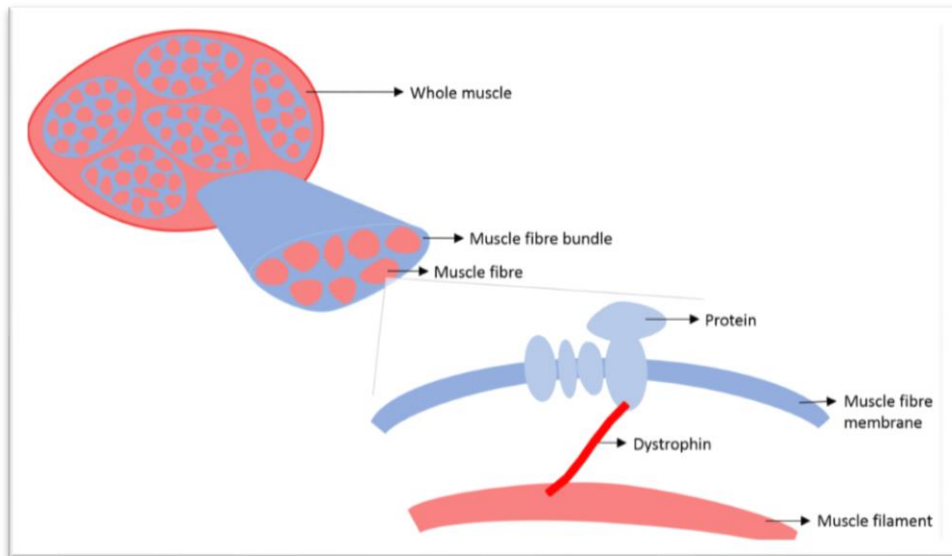


Figure 8 : représentation de la dystrophine dans la cellule musculaire⁵²

Elle se compose en 4 grands domaines fonctionnels (fig.9):

→ Domaine N-terminal : domaine de liaison aux filaments d'actine du cytosquelette^{4,47,49}

→ Domaine central

→ Domaine riche en cystéine : il forme le Complexe Dystrophine-Glycoprotéine ou Dystrophin-Glycoprotein complex (DGC)⁴ en créant une liaison avec des glycoprotéines, les dystroglycane (β -dystroglycane et α -dystroglycane)⁴⁹. Ce complexe interagit avec la laminine transmembranaire qui s'attache au collagène extracellulaire.

→ Domaine C-terminal

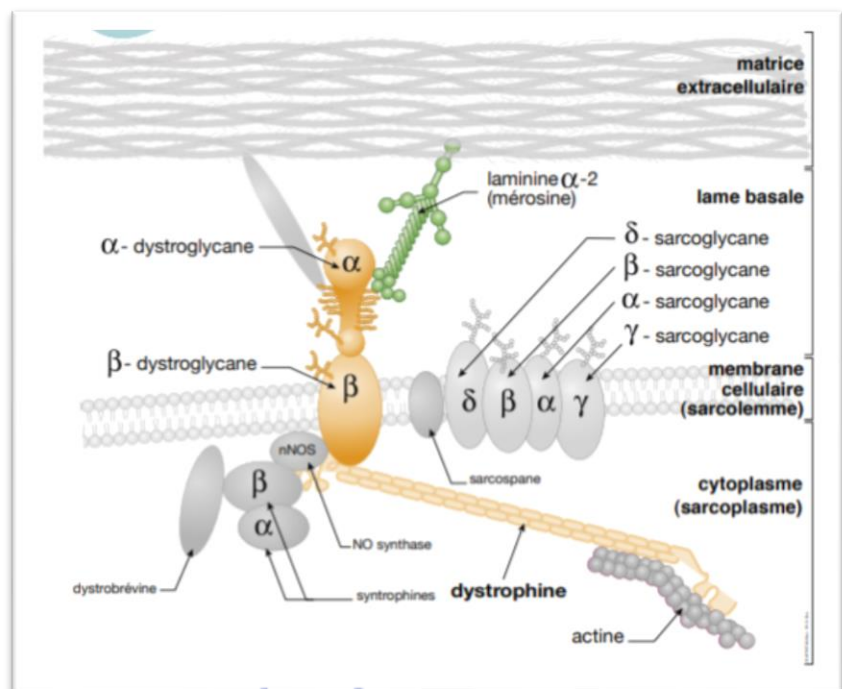


Figure 9 : Représentation de l'interaction de nombreuses protéines avec la dystrophine⁴¹

1.7.2. Rôle de la dystrophine

Les interactions de la dystrophine avec les autres protéines permettent d'établir une continuité mécanique entre le cytosquelette (filaments d'actine) et la matrice extracellulaire^{41,49}. Elle joue un rôle de stabilisation des fibres musculaires, reliant le centre de la cellule à son extrémité⁵³. Ce lien permet de protéger le sarcolemme de la rupture durant le stress de la contraction musculaire^{4,41}. En effet, dans la DMD, l'absence de dystrophine introduit une discontinuité et rend la fibre musculaire sensible au stress mécanique de l'activité physique conduisant à l'atteinte clinique décrite précédemment⁴⁹.

1.8. Le gène DMD et ses mutations dans la myopathie de Duchenne

La dystrophine est une protéine codée par un gène de grande taille, appelé gène DMD⁴. Ce gène est situé sur le bras court du chromosome X (chromosome sexuel) en Xp21.2^{4,47}.

Le gène DMD se compose de 2,6 millions de paires de bases⁴⁷. Cette taille lui donne la caractéristique d'être le plus grand gène humain. Il se compose de 79 exons séparés par des introns^{4,54}. 99% de la taille du gène est représenté par les introns^{4,41}.

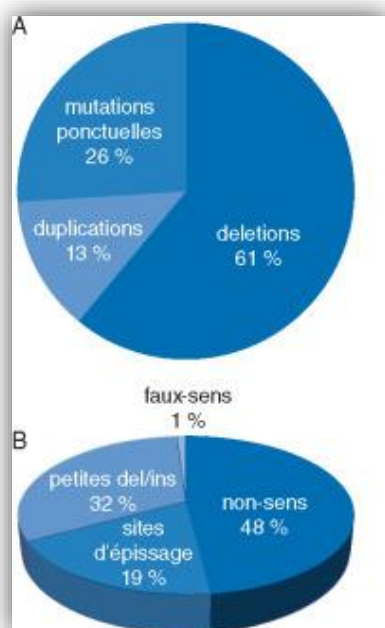


Figure 10 : Les mutations du gène DMD⁴⁰

A : Fréquences des différents types de mutations

B : Fréquences des différents types de mutations ponctuelles

La myopathie de Duchenne est caractérisée par le fait que les mutations qui induisent la pathologie sont très hétérogènes⁴¹. La complexité de la maladie relève du fait qu'il existe un nombre considérable de mutations possibles. Ces mutations peuvent être de différents types dont 60 à 70% des mutations concernées dans la maladie de Duchenne sont des mutations de type délétions intragéniques alors à l'origine de la perte d'un ou de plusieurs exons^{4,41}. Plus de 260 délétions différentes ont été identifiées⁴¹. La région centrale du gène DMD s'étend des exons 45 à 55 et est alors pourvoyeuse d'un grand nombre de délétions exoniques, et qui souvent débutent à l'exon 45. 74% des délétions s'observent autour des exons 45 à 55 et 15% concernent les exons 2 à 20.

Les duplications d'exons représentent 10 à 15% des mutations, notamment celle de l'exon 2 qui en est la plus fréquente. 15 à 20% des mutations sont représentées par des mutations ponctuelles qui peuvent être des petites insertions ou délétions de nucléotides, des mutations non-sens (stop) ou faux sens⁴. 48% des mutations ponctuelles sont des mutation non-sens⁴¹.

La figure 10 représente la fréquence des différents types de mutations et celle des différentes mutations ponctuelle.

Lorsque l'exon n'existe plus ou qu'il est anormalement formé, cela conduit à l'absence de la protéine normalement construite. La protéine peut être formée dans certains cas mais de manière tronquée, c'est la différence avec la dystrophie de Becker (BMD)^{4,55}.

Dans 90% des cas il est possible de corréler la sévérité du phénotype (DMD *versus* BMD) avec l'impact de la mutation sur l'expression de la dystrophine (fig.11)⁴¹.

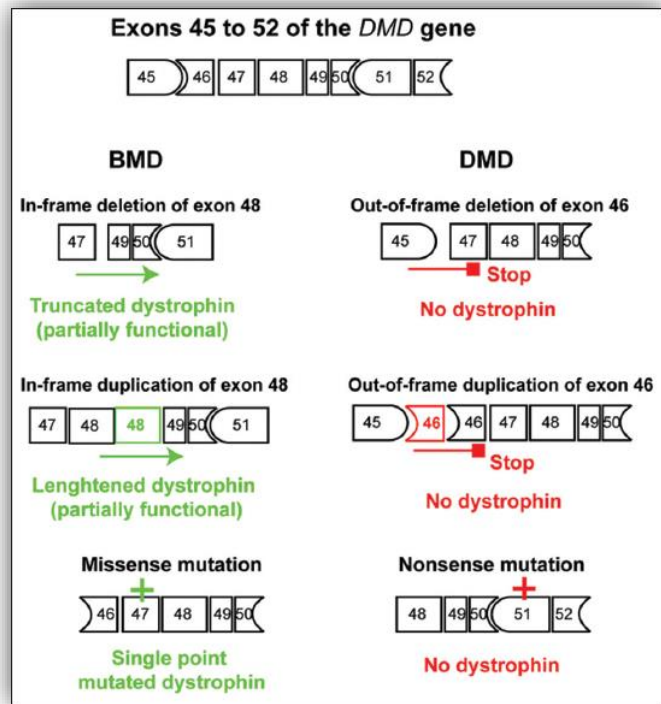


Figure 11 : Différents types de mutation conduisant au phénotype DMD ou BMD⁵⁴

Anthony Monaco propose une règle en 1988⁴¹ pour expliquer la différence phénotypique entre la DMD et la BMD selon la mutation⁴. Son explication est basée sur la conservation ou non d'un cadre ouvert de lecture dans le transcrit muté de la dystrophine⁴¹.

Il explique que si la mutation a pour conséquence d'entraîner un codon stop prématuré, celui-ci sera dégradé par le système de surveillance des ARN. La conséquence est une absence de synthèse de dystrophine dans le muscle conduisant à une myopathie de phénotype DMD^{4,41}.

En revanche, si la mutation permet de maintenir un cadre de lecture ouvert, la synthèse de la protéine tronquée en quantité normale ou réduite donnera un phénotype moins sévère de type BMD^{4,41}.

Cette règle n'est pas applicable à tous les cas puisqu'il existe des exceptions⁴. Ce modèle s'applique à 96% des mutations DMD et à 92% des mutations BMD⁴¹. Il faut apprécier le caractère « viable » de la protéine tronquée et son caractère fonctionnel notamment dans la capacité à se lier avec les principaux partenaires pour jouer son rôle au niveau musculaire⁴.

Il existe des exceptions à la règle du cadre de lecture, avec des mutations en phase chez des patients DMD et *a contrario* des mutations hors phase chez des patients au phénotype BMD⁴¹. D'autres facteurs pourraient expliquer les différences entre mutations et phénotypes. La présence de gènes modificateurs a été mise en évidence⁴. L'étude parallèle du génome permet d'impliquer d'autres gènes que le DMD dont le polymorphisme pourrait avoir un rôle dans la modulation du phénotype chez les patients atteints de DMD⁴. Des événements post transcriptionnels (épissage, traduction) peuvent également modifier l'impact d'une mutation, ainsi que la réversion d'une mutation ou l'apparition d'une seconde mutation⁴¹.

Le type de mutation et sa localisation sur le gène peuvent avoir des conséquences sur le phénotype de la maladie. Les troubles du développement neurocognitif retrouvés chez les patients DMD, de sévérité variable est en général imputable à une mutation en aval de l'exon 51^{4,56}.

Ainsi, les mutations génétiques à l'origine de la myopathie de Duchenne sont de différents types et en nombre très important. Ces mutations provoquent l'absence de production de dystrophine à l'origine d'une dégénérescence musculaire progressive. Les thérapeutiques utilisées et les essais en cours ont pour objectif de limiter cette dégénérescence et à l'avenir d'intervenir sur les mutations à l'origine de la maladie.

2. Prise en charge de la myopathie de Duchenne

2.1. Traitements médicamenteux : dans la pratique actuelle

2.1.1. La corticothérapie

En France, des corticostéroïdes comme la Prednisolone ou la Prednisone sont instaurés chez l'enfant au moment où le développement moteur cesse de s'accroître et est en « phase plateau », c'est-à-dire entre 4 et 7 ans^{26,57}.

Aux Etats-Unis, le déflazacort est un dérivé oxazoline de la prednisone²⁶ également utilisé chez les enfants de plus de 5 ans. Une dose de 6mg de déflazacort par voie orale a une efficacité équivalente à celle de 5mg de prednisone ou prednisolone⁵⁸.

Ce traitement par corticostéroïdes est en général prolongé jusqu'à environ 12-13 ans. Sa poursuite au-delà de la perte de la marche est encore discutée⁵⁹.

La corticothérapie est utilisée dans le but de ralentir la perte de fonction motrice⁵⁷. En effet, les dérivés de prednisone ont montré une efficacité partielle en diminuant temporairement la pente de détérioration de la force musculaire⁵⁷. L'augmentation de la force musculaire survient au cours des six premiers mois de traitement puis se stabilise pendant 2 ans. La force diminue ensuite mais de façon plus lente qu'un patient non traité²⁶.

Actuellement, la corticothérapie est le seul traitement reconnu comme ayant une certaine efficacité pour ralentir la progression de la maladie^{26,60} et retarder la perte de la marche d'un à deux ans^{13,60}. Des études menées en 2017 montrent que le traitement par corticostéroïdes améliore la MFM (mesure de fonction motrice) et a un effet bénéfique sur les membres supérieurs et sur l'espérance de vie⁶⁰. Ils ont aussi pour effet de réduire le risque de recours à l'arthrodèse^{26,61}.

D'après certaines études, le déflazacort se révèle être plus efficace encore que les corticoïdes habituellement utilisés en France⁶². Effectivement, les auteurs indiquent que cette molécule a un

avantage sur le ralentissement de la progression de la maladie en comparaison à la prednisone et prednisolone notamment sur le test de marche de 6 min⁶².

Les doses indiquées de prednisone sont de 0,75mg/kg/jour et de 0,9mg/kg/jour de déflazacort²⁶. Les modalités de ce traitement comme l'âge de mise en route, le rythme d'administration varient selon l'équipe de soignants ou le pays dans lequel ils se trouvent⁶⁰.

Les complications dues à l'utilisation prolongée de corticostéroïdes doivent être prises en compte comme la prise de poids, l'hypertension artérielle, une mauvaise tolérance gastrique, l'immunosuppression ou la survenue d'ostéoporose^{26,57}. Un bilan ophtalmologique est aussi à prévoir pour la cataracte et le glaucome⁵⁷.

2.1.2. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

Un suivi cardiologique régulier permet de déterminer l'indication d'un traitement précoce par inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) comme le périndopril (Coversyl)⁵⁷.

À titre préventif, les IEC sont utilisés pour préserver la fonction cardiaque¹³ et prévenir la survenue d'une insuffisance cardiaque⁵⁷. Le périndopril est introduit avant l'apparition des symptômes, vers 10 ans environ²⁸, et permet de réduire la mortalité en conservant une meilleure fraction d'éjection systolique plus longtemps⁶³.

Quel que soit l'âge, ce traitement pharmacologique doit être instauré dès les premiers signes d'atteinte cardiaque comme une fraction d'éjection du ventricule gauche déprimée, des signes d'insuffisance cardiaque ou la présence de fibrose au niveau du cœur²⁸. D'autres traitements de l'insuffisance cardiaque peuvent être utilisés pour traiter ces troubles comme les β -bloquants²⁸ et les diurétiques³⁵.

2.1.3. Prévention et traitement de l'ostéoporose

Les garçons atteints de DMD traités par glucocorticoïdes développent fréquemment une ostéoporose. Celle-ci se manifeste par des fractures des os long ou une fracture vertébrale²⁸. L'apport alimentaire de calcium et de vitamine D est une approche efficace en première intention pour contrôler le remodelage osseux^{35,64}. Les patients ayant une carence en calcium et/ou en vitamine D en seront supplémentés de façon médicamenteuse^{26,35}.

Les bisphosphonates n'ont pas d'indication en prophylaxie mais sont utilisés en cas de densité osseuse faible dans le cadre d'une fracture pathologique²⁶. Une thérapie par bisphosphonates par voie intraveineuse est le traitement de première intention des fractures liées à l'ostéoporose dans la DMD, notamment en cas de fracture vertébrale³⁵ de faible traumatisme ou lors d'une fracture d'un os long²⁸. En effet, les bisphosphonates par voie intraveineuse ont eu un effet protecteur sur la densité minérale

osseuse et la morphologie vertébrale lors d'essais sur l'ostéogénèse imparfaite²⁸. Les traitements sont indiqués en cas de fracture puisqu'aucun cas de remodelage osseux spontané des corps vertébraux précédemment fracturés n'a été rapporté chez des patients atteints de DMD tandis qu'un remodelage a été observé dans cette population après un traitement par bisphosphonates²⁸.

2.1.4. Autres traitements

L'atteinte pulmonaire peut provoquer des infections nécessitant un traitement antibiotique³⁵. Pour prévenir une infection à pneumocoque, la vaccination antipneumococcique est recommandée et elle doit être mise à jour. La vaccination annuelle contre la grippe est également conseillée.

Des laxatifs sont également administrés pour lutter contre la constipation ainsi que des anti acides contre les reflux gastro-œsophagiens (RGO)³⁵. Ces symptômes sont liés à une faiblesse des muscles lisses intestinaux, l'immobilisation, le manque de verticalisation³⁵ pour la constipation et à la dysmotilité œsophagienne, la corticothérapie et la scoliose dans les cas de RGO³⁶. Les reflux gastro-œsophagiens doivent être pris en charge pour éviter les risques de complications respiratoires et de pneumopathies d'inhalation en plus des douleurs qu'ils occasionnent.

Des problèmes de nature émotionnelle ou psycho comportementale peuvent être traités médicalement par des antidépresseurs ou des modulateurs du système nerveux central pour l'hyperactivité ou des troubles de l'attention³⁵.

2.2. Où en est la recherche?

Les essais en cours sont des essais pharmacologiques et de thérapie génique⁶⁵.

Les thérapies pharmacologiques ciblent le fonctionnement cardiaque et respiratoire tandis que les thérapies géniques ciblent les anomalies du gène à l'origine de la DMD⁶⁵.

Certaines mutations du gène DMD conduisent à l'apparition d'un codon stop prématuré qui induit la fin du message génétique. Cela aboutit à la production d'une dystrophine plus courte et non fonctionnelle⁵¹. Entre 10 et 15% des patients atteints de la DMD portent une anomalie génétique de type « non-sens » pourvoyeuse d'un codon stop prématuré⁵¹.

Les stratégies thérapeutiques en thérapie génique peuvent être d'apporter une mini ou micro-dystrophine, un anti-myostatine, de réaliser une translecture du codon stop ou encore de faire un saut de l'exon porteur de ce codon stop⁵¹. Cette stratégie consiste à compenser l'anomalie génétique pour obtenir une protéine fonctionnelle (Tableau 1)⁶⁵.

<u>THÉRAPIE GÉNIQUE ET MINI OU MICRO DYSTROPHINE</u>	<u>TRANSLECTURE DU CODON STOP</u>	<u>SAUT D'EXON</u>	<u>APPORTER UN ANTI-MYOSTATINE PAR THÉRAPIE GÉNIQUE</u>
Supplantation du gène manquant par un mini ou micro gène thérapeutique à l'aide d'un vecteur viral (virus adéno-associé ou AAV)	Les molécules développées passent outre les codons stop prématurés (la production de protéine continue malgré le codon stop)	Suppression du ou des exons porteurs d'une anomalie lors de l'épissage alternatif par des oligonucléotides antisens	La myostatine est un inhibiteur de croissance musculaire présent dans l'organisme. En diminuant son action, les effets recherchés sont de favoriser la croissance musculaire

Tableau 1 : Mode d'action des principaux traitements par thérapie génique en cours d'essai

Le gène de la dystrophine est un gène de taille très importante et ne peut alors pas être transporté entièrement au sein d'un vecteur. C'est pourquoi, les essais en thérapie génique sont réalisés à partir de gènes plus petits pour fabriquer une dystrophine plus courte mais fonctionnelle⁵¹.

Le tableau 2 ci-dessous récapitule les principaux essais de thérapie génique en cours pour la DMD.

Tableau 2 : Quelques essais en cours en thérapie génique dans la DMD

NOM DE L'ESSAI / MOLÉCULE	PROMOTEUR	TYPE DE THÉRAPIE, PRINCIPE	STATUT ET PHASE DE L'ESSAI	ÉCHANTILLON	PAYS	DÉBUT – FIN	MODALITÉS	COMMENTAIRE	REFERENCE BIBLIOGRAP HIQUE
RAAVRH74.MCK.MICR O-DYSTROPHINE	Nationwide Children's hospital	Thérapie génique avec le gène d'une micro dystrophine	Phase I/II Recrutement terminé	12 patients de 3 mois à 7 ans	Etats-Unis	Décembr e 2017- Janvier 2021	Injection en intraveineux Suivi pendant 3 ans		51
PF-06939926	Pfizer	Thérapie génique avec le gène d'une mini dystrophine	Phase I Recrutement en cours	12 patients de 5 à 12 ans	Etats-Unis	Janvier 2018- Juillet 2024	Injection en Intraveineux chez des patients ambulants Suivi pendant 5 ans		51
ATALUREN = TRANSLARNA™ ÉTUDE PTC-PASS (POST APPROVAL SAFETY STUDY)	PTC Therapeutics	Translecture du codon stop	Suivi de cohorte Recrutement en cours	200 Patients (tout âge)	France ^a , Allemagne, Autriche, Israël, Suède	Avril 2015 - Avril 2022	40mg/kg/j PO Suivi pendant 5 ans	AMM depuis juillet 2014 pour le Translarna, AMM conditionnelle européenne autorisée par l'EMA	51,65
ATALUREN (PTC124)	PTC therapeutics	Translecture du codon stop	Étude phase III double aveugle VS placebo Recrutement terminé/Essai en cours	220 garçons entre 7 et 16 ans, avec un traitement corticoïdes ≥ 6 mois	International dont la France ^b	Mars 2014 – Juin 2018	40mg/kg/j Suivi pendant 11 mois	Essai phase IIa : Production de dystrophine dans le muscle	51,65

OLIGONUCLÉOTIDE WVE 210201	Wave Life Sciences LTD	Saut de l'exon 51	Phase I, étude multicentrique, double aveugle VS Placebo Recrutement en cours	32 garçons de 5 à 18 ans susceptible de répondre au saut d'exon 51	France ^c , Belgique, Royaume-Uni, Etats-Unis	Janvier 2018 – Septembre 2018	Suivi pendant 3 mois		51,65
ETEPLIRSEN (AVI 4658 – EXONDYS 51®)	Sarepta therapeutics	Saut de l'exon 51	Phase II multicentrique Recrutement en cours	12 garçons de 6 mois à 4 ans susceptible de répondre au saut d'exon 51	France ^c , Allemagne, Belgique, Italie, Royaume-Uni	Août 2017 – Avril 2020	1x/ semaine IV Suivi pendant 96 semaines	AMM USA depuis septembre 2016 (Exondys 51®). Refusée en France en 2018	51,65
GOLODIRSEN (SRP-4053)	Sarepta therapeutics	Saut de l'exon 53	Phase I/II Recrutement terminé, essai en cours	24 garçons de 6 à 15 ans, susceptibles de répondre au saut d'exon 53 VS 24 autres garçons sans cette mutation et sans traitement	International dont France ^c , Italie et Royaume-Uni	Décembre 2014 – Mai 2019	30mg/kg/ Semaine Suivi pendant 3 ans	Augmentation du taux de dystrophine dans les muscles de 10%. Aucun résultat d'efficacité sur la fonction musculaire à ce jour annoncé.	51,65
ESSAI ESSENCE (SRP-4053 ET SRP-4045)	Sarepta therapeutics	Saut de l'exon 53 et de l'exon 45	Phase III Recrutement en cours	99 garçons de 7 à 13 ans répondants au saut d'exon 53 et 45	International dont France ^d , Canada et Etats-Unis	Août 2016 – Juin 2021	Suivi pendant 2 ans		51,65
RAAV1.CMV.HUFOLLI STATIN344	Nationwide Children's Hospital	Transfert d'un virus AAV transportant la follistatine (inhibiteur naturel de myostatine)	Phase I/II	9 patients de 18 ans et plus	Etats-Unis	Janvier 2012- Octobre 2017	Suivi pendant 2 ans	Essai en 2014 montrait une bonne tolérance et des petites améliorations fonctionnelles	51

^a : Brest, Hôpital Morvan ; Bordeaux, Pelgrin ; Lyon, L'escale Hôpital Femme Mère Enfant - Hospices Civils de Lyon ; Clermont-Ferrand, Estaing ; Martinique, P. Zobda-Quitman ; Lille ; Marseille, Hôpital La Timone ; Nantes, CHU Hôtel Dieu ; Paris, Hôpitaux Armand Trousseau et Necker ; Reims ; Saint-Etienne, MPR pédiatrique Hôpital Bellevue ; La Réunion, GHSR-GH Sud Réunion ; Strasbourg ; Toulouse ; Tours, Hôpital d'enfants Gatien de Clocheville ; Nancy, Hôpital de Brabois-Enfants Rue du Morvan

^b : Paris, Institut de Myologie, hôpital de la Pitié Salpêtrière et Hôpital Necker ; Marseille, Hôpital La Timone ; Nantes, CHU Hôtel Dieu.

^c : Paris, Institut I-Motion - hôpital Trousseau

^d : Nantes, CHU Hôtel Dieu ; Paris, Institut I-Motion - hôpital Trousseau ; Toulouse, hôpital des enfants

Beaucoup d'essais pharmacologiques sont en cours dans le monde. Le tableau 3 ci-dessous réfère les études menées en France.

Tableau 3 : Quelques essais pharmacologiques en cours dans la DMD

<i>NOM DE L'ESSAI / MOLÉCULE</i>	<i>PROMOTEUR</i>	<i>TYPE DE THÉRAPIE, PRINCIPE</i>	<i>STATUT ET PHASE DE L'ESSAI</i>	<i>ÉCHANTILLON</i>	<i>PAYS</i>	<i>DÉBUT – FIN</i>	<i>MODALITÉS</i>	<i>COMMENTAIRE</i>	<i>REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE</i>
TADALAFIL		Vasodilatateur	Phase III	331 Garçons de 7 à 14 ans	International dont France ^e	Terminé	Évaluation sur 1 an	Aucun effet sur le test de marche 6 min et sur la performance des membres supérieurs	66
RIMÉPORIDE	Fondation esperare	Inhibiteur sélectif du transporteur sodium/protéine NHE-1	Phase Ib Essai terminé, en cours d'analyse	20 garçons de 6 à 14 ans capable de marcher 75m et sous corticoïdes stable depuis au moins 6 mois	International, France ^c , Italie, Angleterre, Espagne	Novembre 2015 – Février 2018	4 groupes de 5 enfant, testant 4 doses de 50mg à 300mg/semaine réparties en 3 prises par jour Suivi pendant 1 mois	Réguler le taux de calcium et de sodium initialement dans les insuffisances cardiaques chroniques. Essais Sur l'animal : effet cardioprotecteur, antifibrotique et anti-inflammatoire	51,65
NÉBIVOLOL (ESSAI NEBIDYS)	Assistance publique – Hôpitaux de Paris	B-bloquant	Phase III double aveugle VS placebo Recrutement terminé, essai en cours	60 garçons de 10 à 15 ans	France	Mars 2012 – Juin 2021	5mg/jour ou 7,5mg si poids > 60kg	Évaluation de l'évolution de l'atteinte cardiaque	51,65
IBEDENONE (CATERA®/RAXONE®) ESSAI DELOS	Santhera pharmaceutical	Anti-oxydant	Phase III	64 personnes de 10 à 18 ans		Terminé (publié en avril 2015)	900mg/j pendant 1 an sans traitement corticoïdes	Atteinte respiratoire moins marquée chez les patients sous Ibédénone que chez les patients sous placebo	65

IBEDENONE (CATERA®/R AXONE®)	Santhera pharmaceutical	Anti-oxydant	Phase III double aveugle VS placebo	266 personnes de 10 à 18 ans	Europe dont France ^f , Israël, USA	Septembre 2016 - Août 2019	900mg/j pendant 40 mois + traitements corticoïdes	51,65	
			Recrutement en cours				Suivi pendant 1,5 ans + traitement corticoïdes		
GIVINOSTAT	Italfarmaco	Augmenter la production de follistatine	Phase III double aveugle VS placebo	213 personnes de 6 à 17 ans ambulants	France ^g , Europe, USA, Canada	Juin 2017 – Juin 2020	Suspension PO 2x/j	Essai de phase I/II : augmentation de la régénération musculaire et réduction de la fibrose et nécrose musculaire	51,65
			Recrutement en cour				Suivi pendant 18 mois		
BMS-986089	Hoffmann-La Roche	Inhibiteur de myostatine	Phase II/III Recrutement terminé, essai en cours	159 patients de 6 à 11 ans ambulants	International dont la France ^h	Juin 2017 – Juillet 2020	Suivi pendant 1 an	51	

^e : Angers, CHU ; Nantes, CHU Hôtel Dieu

^c : Paris, Institut I-Motion - hôpital Trousseau

^f : Lille, CHRU Hôpital Jeanne de Flandres ; Montpellier, CHRU, Hôpital Gui de Chauliac ; Nantes, Hôpital Hôtel Dieu, Paris, Institut I-Motion - hôpital Trousseau ; Toulouse, Hôpital des enfants.

^g : Nantes, Hôpital Hôtel Dieu ; Paris, Institut I-Motion - hôpital Trousseau

^h : Lyon, Hôpital Femme-mère-enfant-Hospices civils de Lyon ; Nantes, CHU Hôtel Dieu ; Paris, Institut I-Motion - hôpital Trousseau ; Strasbourg, Hôpital Hautepierr

2.3. Prise en charge non médicamenteuse

2.3.1. Prise en charge motrice et appareillage

Tout au long de la maladie, les besoins en termes de prise en charge évoluent. Les prises en charge musculaires et orthopédiques sont les premières à se mettre en place puis se modifient selon l'état du patient (croissance, déformations, perte de la marche, perte d'autonomie des membres supérieurs...). En parallèle, plus tardivement, les besoins ventilatoires augmentent et nécessitent une prise en charge spécialisée.

Tout d'abord, une kinésithérapie régulière chez l'enfant permet d'optimiser sa fonction musculaire. Les séances de kinésithérapie peuvent aller de 3 à 5 séances par semaine selon l'âge et l'évolutivité de la pathologie¹⁴.

La mobilité et la souplesse sont travaillées par des exercices de kinésithérapie dans le but de prévenir la survenue de complications orthopédiques^{25,34}. Au niveau des membres inférieurs, la mobilisation des articulations des chevilles, pieds et orteils et l'étirement des tendons d'Achille et voûtes plantaires contribuent à conserver une meilleure souplesse et prévenir la déformation du pied en *varus équin*¹⁴. En plus de la mobilisation par un kinésithérapeute, le port régulier d'attelles cruro-pédieuses la nuit puis dans la journée pour la marche et la verticalisation, permettent le maintien en bonne position des articulations des membres inférieurs et limite les rétractions^{14,25}.

L'enfant atteint de DMD va perdre la marche vers l'âge de 12 ans et aura alors à ce stade besoin d'un fauteuil roulant²⁵. L'utilisation d'un fauteuil roulant électrique notamment chez l'adolescent permet une meilleure autonomie de déplacement¹⁴.

Il est également important de travailler l'équilibre et de mettre le patient debout, lorsque cette station autonome n'est plus possible, par l'utilisation d'un fauteuil roulant verticalisateur ou d'un appareil de verticalisation. La verticalisation a pour objectif de mettre en charge le squelette et permettre sa minéralisation^{14,25} ainsi que de prévenir l'apparition d'un flexum de hanche¹⁴. À l'âge adulte, ce fauteuil peut être remplacé par un fauteuil à commande au menton lorsque les membres supérieurs ne permettent plus la commande manuelle.

Au moment de l'adolescence, l'atteinte des muscles respiratoires soumet le patient à des risques de décompensation ventilatoire et le rend sensible aux infections broncho-pulmonaires. C'est pourquoi il est nécessaire d'avoir recours à une kinésithérapie ventilatoire précoce, des insufflations passives, une toux assistée, une aide au désencombrement et ultérieurement à la mise en place d'une ventilation assistée¹⁴.

Dans un premier temps, les exercices de kinésithérapie respiratoire permettent d'entretenir la mobilité et la souplesse de l'appareil respiratoire³⁴ tandis que les insufflations passives favorisent la croissance thoraco-pulmonaire et le bon fonctionnement des alvéoles¹⁴.

L'atteinte du diaphragme rend la toux des patients atteints de DMD inefficace et les sécrétions stagnent dans les voies aériennes. C'est pour cette raison qu'il existe des techniques de toux assistées pour dégager ces voies²⁵. Celles-ci nécessitent la formation de l'entourage du patient et sont pratiquées lorsque celui-ci ressent une gêne. De plus, des appareils de types *cough-assist* sont utilisés pour aider au désencombrement des voies respiratoires^{14,25}.

Ensuite, l'atteinte respiratoire évolue et la ventilation non invasive (ou VNI) est proposée en première intention lorsque les paramètres cliniques et biologiques démontrent une fonction respiratoire insuffisante par rapport aux besoins du patient. La VNI est d'abord instaurée comme ventilation nocturne pour assurer une période de repos aux muscles et permettre une bonne oxygénation du sang et de l'organisme pour la journée. Cette ventilation est utilisée avec un masque nasal, une pipette buccale ou un masque bucco facial^{14,25}. Cette VNI nocturne peut être utilisée ensuite quelques heures dans la journée puis de façon permanente²⁵.

Enfin, le recours à une ventilation invasive de type trachéotomie peut être nécessaire dans la DMD mais ce n'est pas le cas pour tous les patients. Elle est utilisée suite à un échec ou à une contre-indication de la ventilation non invasive. La ventilation par trachéotomie consiste à relier le patient au ventilateur par une canule de trachéotomie qui pénètre directement dans la trachée¹⁴. Elle facilite également la lutte contre les encombrements bronchiques par des aspirations trachéales. La trachéotomie peut être discutée puis décidée en accord avec le patient ou pratiquée en urgence suite à une décompensation grave ou en cas de nécessité chirurgicale¹⁴.

2.3.2. Prise en charge chirurgicale

Les chirurgies couramment réalisées sont l'arthrodèse et les ténotomies.

L'arthrodèse consiste en la fixation chirurgicale de la colonne vertébrale pour la redresser¹⁴. L'arthrodèse vertébrale a pour objectif de redresser et fusionner les vertèbres entre-elles par greffe osseuse⁴². Des tiges métalliques sont mises en place pour maintenir la colonne droite en attendant que les vertèbres fusionnent et se solidifient^{14,42}. Ces tiges peuvent être laissées ou retirées par la suite. Cette intervention permet de maintenir le dos droit et libérer les muscles respiratoires qui peuvent être gênés par les déformations de la colonne. La colonne est alors aussi solide qu'avant l'intervention mais elle est plus droite et plus rigide⁴². Lorsque les os sont encore fragiles, les manœuvres comme les transferts doivent être réalisées de manière très délicate pour ne pas vriller la colonne vertébrale⁴². Les douleurs sont à surveiller dans les mois suivant l'opération. Une fois les os solidifiés, cette intervention ne nécessite plus de précautions particulières. De plus, une période d'adaptation est nécessaire après

l'arthrodèse rachidienne car certains mouvements ou gestes se trouvent modifiés en lien avec la nouvelle position des vertèbres^{14,42}.

Les patients non traités par des corticoïdes ont 90% de risque de développer une scoliose. La chirurgie est ensuite indiquée ou non au cas par cas selon le degré de courbure et le stade de la croissance par exemple³⁵.

Une ténotomie est une intervention qui peut concerner les articulations de la hanche, du genou et du pied. Elle permet de sectionner une partie lésée d'un tendon rétracté ou de le rallonger^{14,42}. Cette intervention permet d'améliorer la station assise et debout, pour un meilleur confort et d'atténuer les douleurs d'installation. Elle peut également contribuer à prolonger la marche, avec ou sans aide d'appareillages et faciliter la verticalisation⁴².

La place de la chirurgie dans la stratégie thérapeutique de la DMD permet de limiter les complications et réduire les douleurs. L'arthrodèse rachidienne est pratiquée de façon moins systématique depuis l'instauration précoce des corticoïdes chez l'enfant qui ont permis la réduction des déformations osseuses en prolongeant la capacité de marche des enfants⁶⁷. D'une manière générale, ces deux interventions ne sont pas systématiquement réalisées et doivent être étudiées au cas par cas³⁵.

2.3.3. Prise en charge des troubles nutritionnels

Les patients atteints de DMD ont souvent des complications gastro-intestinales ou nutritionnelles, notamment en terme de prise ou de perte de poids³⁴. Le suivi nutritionnel est évalué par un diététicien nutritionniste qui crée ensuite un plan nutritionnel spécifique et adapté à l'état du patient³⁴.

Tout au long de la vie du patient, une alimentation riche en fibres, en fruits et légumes et une hydratation régulière suffisante permettront de lutter contre la constipation engendrée par la maladie de Duchenne^{14,25}.

Les troubles métaboliques apparaissent assez précocement dans la vie du patient. Dans l'enfance, notamment au moment de la prise de corticoïdes, l'état nutritionnel tend au surpoids et à l'obésité. Le surpoids diminue l'amplitude articulaire et entraîne une fatigue musculaire. Une alimentation équilibrée et variée est nécessaire pour éviter ce phénomène^{14,34}. Il est important de limiter les aliments gras et/ou sucrés et privilégier les aliments de types fruits et légumes et produits céréaliers pour prévenir cet état métabolique¹⁴. L'alimentation est également primordiale lors du traitement par corticoïdes pour prévenir la prise de poids, l'ostéoporose et la fonte musculaire. Dans ce contexte, les patients privilégient une alimentation variée en limitant les graisses saturées, le sel et les sucres simples pour favoriser l'apport en protéines, en calcium et en potassium. Des compléments en calcium et vitamine D sont apportés pour limiter les carences et prévenir le risque d'ostéoporose.

A *contrario*, la myopathie de Duchenne est une maladie qui s'accompagne également d'un amaigrissement, de troubles de la déglutition et pour finir de dénutrition. L'amaigrissement peut être lié à un trouble d'origine psychologique qui peut être suivi par un psychiatre ou un psychologue. Un régime alimentaire suffisant en calories est établi avec un diététicien pour conserver le poids du patient et limiter l'amaigrissement. Lorsque ces efforts ne sont pas suffisants, une supplémentation par des compléments oraux hypercaloriques peut être prescrite. Lorsque des troubles de la déglutition s'observent, il est possible d'adapter la texture des aliments et de veiller à une bonne position pendant le repas pour prévenir les fausses routes¹⁴.

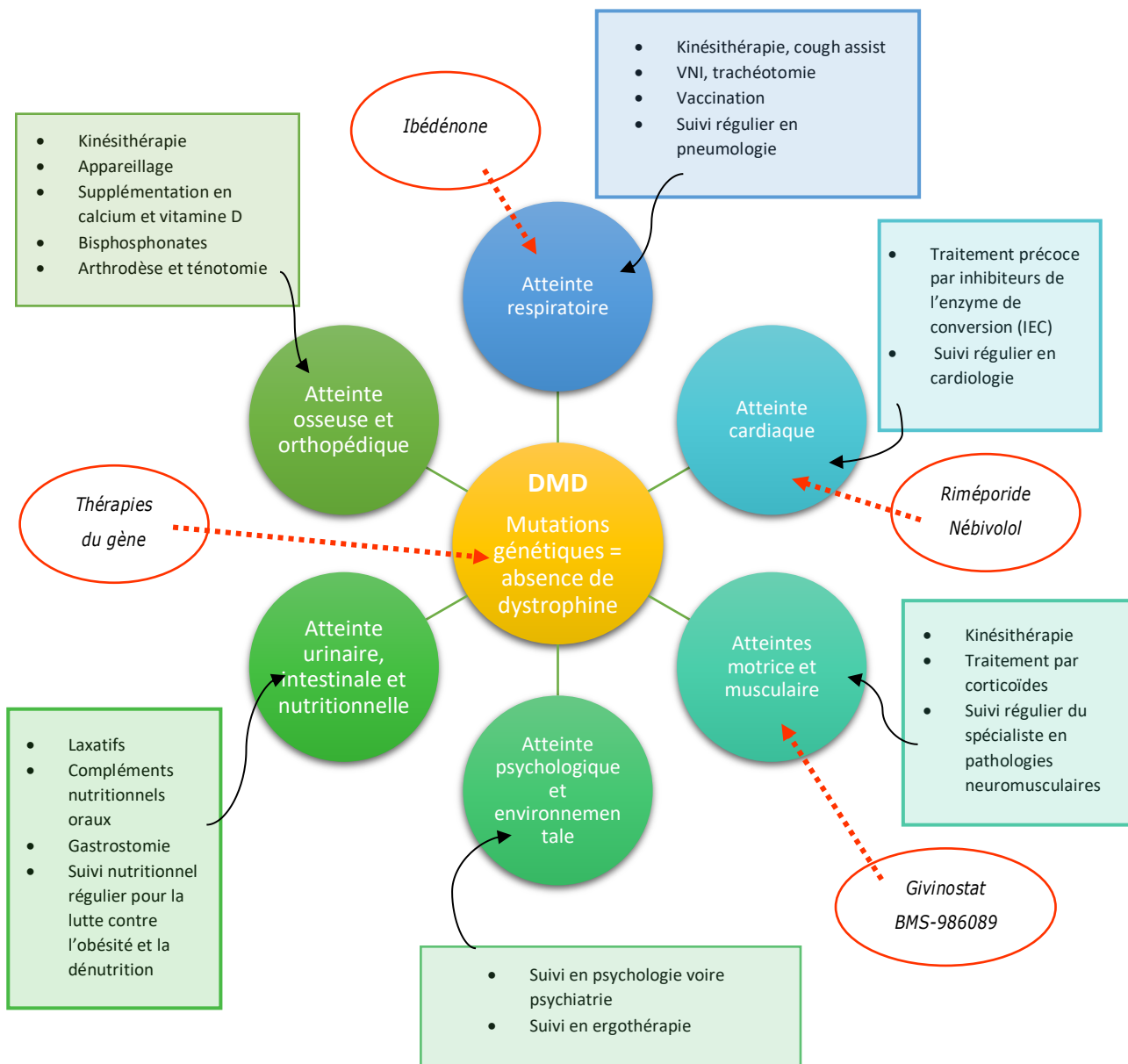
Il est possible chez certains patients que ces efforts ne suffisent pas au maintien d'un poids suffisant.

En effet, cet amaigrissement peut nécessiter la mise en place de nutrition entérale par gastrostomie^{14,34}. Cette intervention consiste à pratiquer une ouverture chirurgicale dans l'estomac pour y introduire une sonde d'alimentation. La gastrostomie peut être effectuée par voie endoscopique ou par chirurgie ouverte en tenant compte du choix de la famille et du patient et des risques liés à l'anesthésie³⁵. Cette solution est proposée lorsque les efforts pour maintenir le poids par une alimentation orale ne suffisent pas ou lors de troubles de la déglutition entraînant des fausses routes importantes et empêchant une alimentation orale normale³⁵. Le bénéfice de la gastrostomie s'observe sur l'état nutritionnel du patient ainsi que sur la diminution des infections respiratoires dues aux pneumopathies d'inhalation⁶⁸. Si le patient ne présente pas de troubles de la déglutition, la sonde de gastrostomie est compatible avec une alimentation orale pour que le poids du patient soit maîtrisé indépendamment de la quantité orale ingérée³⁵.

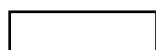
La nutrition joue un rôle important dans cette pathologie dans la maîtrise d'un poids stable et l'éviction de complications. La myopathie de Duchenne est une maladie évolutive qui demande l'adaptation du patient à sa pathologie. En effet, l'alimentation du patient connaît des modifications selon l'évolution de la pathologie, les traitements en cours et son état nutritionnel.

La myopathie de Duchenne est une pathologie neuromusculaire complexe dont la prise en charge est pluridisciplinaire.

La figure 12 récapitule les différents aspects de la DMD ainsi que les principaux axes de prise en charge et les thérapeutiques en cours d'essai.



Légende :



Prise en charge actuelle, traitement et suivi



Niveau d'atteinte de la prise en charge



Traitements ou type de thérapie en cours d'essais



Niveau d'atteinte ciblé par les thérapies en cours d'essai

Figure 12 : Atteintes liées à la DMD, prise en charge, traitements actuels et ceux en cours d'essais

Partie II : Etude de dossiers au CHU d'Angers

1. Préambule

Plusieurs traitements sont utilisés dans la Dystrophie musculaire de Duchenne. L'objectif de cette étude est une observation rétrospective de ces traitements notamment des glucocorticoïdes, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion et des bisphosphonates.

Pour rappel, le traitement précoce par glucocorticoïdes comme la prednisone et ses dérivés est le seul traitement reconnu comme ayant une efficacité pour ralentir la progression de la maladie et retarder la perte de la marche d'un à deux ans⁶⁰. Ce traitement est alors en moyenne introduit chez les enfants vers l'âge de 6 ans.

Le Périndopril est un IEC utilisé en première intention dans le traitement de la cardiomyopathie provoquée par la DMD²⁸. Ce traitement est également instauré en prévention d'atteinte cardiaque chez les enfants asymptomatiques avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche normale vers l'âge de 10 ans²⁸.

L'apport alimentaire ou une supplémentation médicamenteuse en calcium et en vitamine D sont indiqués en prévention de l'ostéoporose et du risque de fracture³⁵ liés à la pathologie et au traitement par corticoïdes. Les bisphosphonates peuvent être utilisés par voie injectable mais n'ont pas d'indication en prophylaxie et sont utilisés en cas de densité osseuse faible dans le cadre d'une fracture pathologique²⁶.

Même si plusieurs études démontrent l'intérêt de tels traitements^{26,28,60}, aucune étude n'a jusqu'à ce jour cherché à évaluer l'impact de ces traitements sur l'apparition d'arthrodèse, de trachéotomie ou de gastrotomie. De plus, l'association des traitements sur l'évolution de la maladie reste également peu étudiée.

2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de définir l'impact des traitements (IEC, bisphosphonates, AIS), de leur utilisation précoce ou de leur association sur l'apparition des symptômes ou sur l'aggravation de la pathologie en se focalisant sur les fractures et les atteintes pulmonaires et cardiaques.

L'objectif secondaire est d'obtenir une vision globale de la prise en charge des patients atteints de la DMD.

3. Matériel et méthode

3.1. Critères d'inclusion et patients exclus de l'étude

Les patients inclus dans l'étude sont des patients atteints de la DMD, quel que soit leur âge, ayant été suivi entièrement ou en partie au CHU d'Angers en service de neuropédiatrie ou en service des maladies neuromusculaires.

Huit patients ont été exclu de l'étude pour manque de données. L'étude est alors réalisée sur 42 patients dont 23 adultes et 19 enfants. Parmi ces dossiers, 4 patients ont été suivi au CHU d'Angers pendant l'enfance puis à l'âge adulte.

3.2. Méthode

Au CHU d'Angers, les dossiers des patients DMD ont été étudié un par un. Les dossiers adultes dans un premier temps puis les dossiers pédiatriques.

Le recueil des données a été effectué du 11 juin 2018 au 13 février 2019 dans les services des maladies neuromusculaires et de neuropédiatrie du CHU d'Angers.

Préalablement une déclaration à la CNIL avait été réalisée sous le numéro 2143564 en date du 18/02/2018 ainsi qu'une demande d'autorisation du comité d'éthique du CHU d'Angers le 12 février 2018 sous le numéro 2018/08.

Chaque dossier a été étudié dans le but de remplir un tableau comparatif. Le tableur utilisé est un logiciel Excel codé ne permettant pas l'identification du patient pour l'analyse statistique. Le tableau a été créé de façon à regrouper les données de traitements, les données osseuses, métaboliques, cardiaques et pulmonaires ainsi que des données d'échelles motrices et musculaires.

Les éléments du tableau sont regroupés sur la figure-ci-dessous (fig.13).

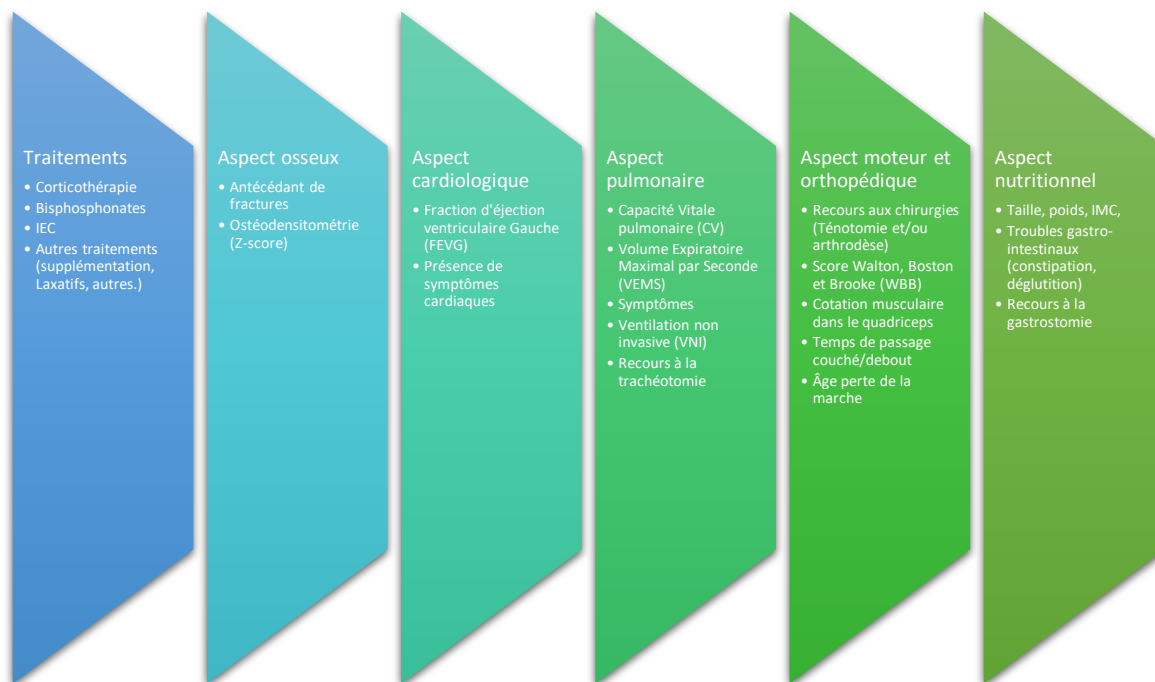


Figure 13 : Récapitulatif des éléments étudiés chez les patients DMD inclus dans l'étude

Les éléments qui ont été retenus pour l'étude biostatistique sont : les traitements par corticoïdes, bisphosphonates, IEC, les événements de fractures, les données pulmonaires (CV et VEMS, le recours à la VNI et à la trachéotomie) ainsi que l'arthrodèse et la gastrostomie.

Le tableau comporte alors certaines données qui n'ont pas été étudiées.

4. Résultats

4.1. Description de la cohorte

Sur 42 patients, 23 (54,8%) ont reçu un traitement par corticoïdes, 41 (97,6%) ont eu un traitement par IEC et 6 (14,3%) ont reçu un traitement par bisphosphonates.

Le tableau 4 représente le nombre de patients ayant eu différents évènements et le pourcentage établi par rapport au nombre total de patients au sein de l'étude (42).

Tableau 4 : Représentation du nombre de patients concernés pour différents évènements

	Arthrodèse	Facture	Perte de la marche	VNI	Trachéotomie	Gastrostomie
Nombre de patients N (%)	22 (52,3%)	14 (30,9%)	27 (64,3%)	18 (42,9%)	16 (38,1%)	9 (21,4%)

Ensuite, le tableau 5 représente l'âge de première administration des différents traitements médicamenteux et chirurgicaux.

Tableau 5 : Récapitulatif de l'âge de mise en place des différents traitements médicamenteux et chirurgicaux

	AIS	Bisphosphonates	IEC	Arthrodèse	VNI	Trachéotomie	Gastrostomie
Nombre de patients N (%)	23 (54,8%)	6 (14,3%)	41 (97,6%)	22 (53,4)	18 (42,9%)	16 (38,1%)	9 (21,4%)
1^{er} quartile	6,194	14,564	9,227	13,174	17,851	19,533	17,682
médiane	<u>6,972</u>	<u>18,077</u>	<u>12,425</u>	<u>14,618</u>	<u>18,316</u>	<u>20,434</u>	<u>18,507</u>
3^{ème} quartile	8,756	20,504	18,471	17,128	20,505	22,007	24,685

4.2. Résultats de l'étude

4.2.1. Etude des fractures

Dans un premier temps, les fractures chez les patients atteints de DMD ont été étudiées. Les patients qui ont présenté des fractures sont regroupés en fonction des traitements administrés (corticoïdes, bisphosphonates ou association des deux).

Tableau 6 : Comparaison des fréquences d'apparition de fracture chez les patients traités par corticoïdes par rapport aux patients non traités.

	Sans fracture	Avec fracture	
<i>Sans corticoïdes</i>	14 (33,3%)	5 (11,9%)	19 (45,2%)
<i>Avec corticoïdes</i>	18 (42,9%)	5 (11,9%)	23 (54,8%)
	32 (76,2%)	10 (23,8%)	42 (100%)

Le test n'est pas capable de montrer une différence significative entre la fréquence de fracture chez les patients sans corticoïdes comparé à celle des patients traités par un traitement corticoïde.

Tableau 7 : Etude de l'âge de première fracture en fonction du traitement médicamenteux

	<u>Patients sous AIS</u>	<u>Patients sans AIS</u>	<u>Patients sous AIS et bisphosphonate</u>	<u>Patient sans AIS ni bisphosphonate</u>	<u>Patients sous bisphosphonates</u>
	Âge de survenue de la première fracture	Âge de survenue de la première fracture	Âge de survenue de la première fracture	Âge de survenue de la première fracture	Âge de survenue de la première fracture
Nombre de patients N (%) ayant eu une fracture	5 (11,9%)	5 (11,9%)	0 (0%)	4 (9,5%)	1 (2,4%)
Age 1^{er} quartile	12,288	14,088	NA	14,063	19,312
Age médian	12,455	17,863	NA	15,975	19,312
Age 3^{ème} quartile	13,545	19,312	NA	19,178	19,312

On remarque d'après le tableau 7 que les patients sous corticoïdes ont des fractures plus jeunes (12,455 ans) que des patients qui ne sont pas sous corticoïdes (17,863 ans). Il y a donc une tendance à l'augmentation de l'âge moyen de première fracture en l'absence de traitement par AIS ainsi qu'une absence de fracture en cas de co-administration de corticoïdes et de bisphosphonates.

De plus, le tableau 8 représente le délai (en années) entre la mise en place d'un traitement et la survenue d'une fracture.

Tableau 8 : Représentation du délai de survenue d'une fracture (en années) en fonction du traitement

	Délai entre la mise en place des AIS et la première fracture	Délai entre la mise en place bisphosphonate et la première fracture	Délai de première fracture chez les patients ne prenant pas d'AIS ni de bisphosphonates
Temps (année)	3,38	NA	8,00

Le délai de survenue de la première fracture d'un patient sous corticoïdes est réduit par rapport aux patients sans corticothérapie malgré que le test n'ait pas été capable de mettre en évidence une différence significative. Aucune fracture n'a été observée suite à un traitement par bisphosphonates.

4.2.2. Etude de l'impact du traitement par bisphosphonate sur la nécessité de mise en place d'arthrodèse, de trachéotomie et de gastrostomie

Les tableaux 9, 10 et 11 représentent les comparaisons de fréquences d'apparition d'arthrodèse, de trachéotomie et de gastrostomie respectivement chez les patients traités par bisphosphonates et les patients non traités.

Tableau 9 : Comparaison des fréquences d'apparition d'arthrodèse chez les patients traités par bisphosphonate par rapport aux patients non traités.

	Sans arthrodèse	Avec arthrodèse	
Sans bisphosphonate	18 (42,9%)	18 (42,9%)	36 (85,7%)
Avec bisphosphonate	2 (4,8%)	4 (9,5%)	6 (14,3%)
	20 (47,6%)	22 (52,4%)	42 (100%)

Le nombre d'échantillons étant trop faible, aucun test statistique ne peut être réalisé.

Tableau 10 : Comparaison des fréquences d'apparition trachéotomie chez les patients traités par bisphosphonate par rapport aux patients non traités.

	Sans trachéotomie	Avec trachéotomie	
Sans bisphosphonate	23 (54,8%)	13 (30,9%)	36 (85,7%)
Avec bisphosphonate	3 (7,1%)	3 (7,1%)	6 (14,3%)
	26 (61,9%)	16 (38,1%)	42 (100%)

Le test n'est pas capable de mettre en évidence une différence significative entre la fréquence de trachéotomie chez les patients sans bisphosphonate et celle des patients traités par bisphosphonate.

Tableau 11 : Comparaison des fréquences d'apparition de gastrostomie chez les patients traités par bisphosphonate par rapport aux patients non traités.

	Sans gastrostomie	Avec gastrostomie	
Sans bisphosphonate	29 (69,0%)	7 (16,6%)	36 (85,7%)
Avec bisphosphonate	5 (11,9%)	1 (2,4%)	6 (14,3%)
	34 (80,9%)	8 (19,1%)	42 (100%)

Le nombre d'échantillon étant trop faible, aucun test statistique ne peut être réalisé.

4.2.3. Etude de l'impact du traitement cardiologique sur les fonctions respiratoires

Plusieurs évènements ont été étudiés en lien avec le traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion, comme la mise en place de VNI et de trachéotomie. Les critères capacité vitale (CV) et de volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) ont également été étudiés en fonction du traitement cardiologique.

Cependant, 41 patients sur 42 sont traités par IEC. Etant donné que seulement 1 patient n'est pas traité par IEC, une comparaison statistique est impossible.

5. Discussion

Les résultats de cette étude montrent que les patients sous corticoïdes ont tendance à connaître l'événement fracture plus jeune que les patients non traités par les corticoïdes. En effet, le délai de première fracture depuis l'introduction des corticoïdes est plus court que le délai de première fracture chez les patients non traités.

Dans un premier temps, concernant la cohorte (42 patients), 23 patients sont concernés par un traitement par corticoïdes, 41 par un traitement par IEC et 6 par un traitement par bisphosphonates. Dans le cadre de cette étude, la cohorte comprend des enfants, des adultes et des adultes ayant eu un suivi depuis l'enfance. Comme énoncé dans le préambule, ces traitements sont instaurés selon des recommandations en termes d'âge du patient (pour les AIS et les IEC) ou de physiopathologie (pour les bisphosphonates). La diversité de la population étudiée explique les difficultés à obtenir un nombre de données suffisant pour chaque population. De plus, le traitement par IEC est systématiquement mis en place chez les enfants, avant l'apparition de symptômes cardiaques. Cela conduit donc à une absence de patients non traités par IEC et donc à une absence de groupe contrôle pertinent.

Ensuite, la DMD est une maladie évoluant par dégénérescence. Plus le patient vieillit, plus il a de risque de déclarer les différents événements étudiés comme l'arthrodèse, la perte de la marche, le recours à la VNI, la trachéotomie ou la gastrostomie. Par exemple, 27 patients sur 42 ont perdu la marche. Ce nombre regroupe les 23 adultes ainsi que les 4 enfants les plus âgés. La même réflexion peut être établie pour les autres événements survenant au cours de la vie du patient, à des stades plus ou moins avancés. L'âge moyen de la perte de la marche des patients inclus dans l'étude est de 10,9 ans. La littérature décrit en moyenne cet événement vers l'âge de 12 ans^{18,22,24}, ce qui est un peu plus élevé par rapport à ce qui est observé dans cette étude. Ce fait peut s'expliquer par un nombre d'adultes important et pouvant être nés avant que la prise en charge décrite à l'heure actuelle ne soit totalement mise en place.

Enfin, l'âge d'introduction du traitement par corticoïdes et IEC est établi selon des recommandations. En effet, l'âge recommandé d'introduction des corticoïdes se trouve entre 4 et 7 ans^{26,57} et entre 9,5 et 13 ans⁶⁹ pour les IEC. Dans cette étude, l'âge médian d'introduction des corticoïdes (6,972 ans) et de l'inhibiteur de l'enzyme de conversion (12,245 ans) correspondent aux recommandations indiquées dans la littérature. En ce qui concerne les traitements par bisphosphonates, l'arthrodèse, la trachéotomie et la gastrostomie, ces traitements ou interventions sont évalués au cas par cas selon les besoins du patient. Il n'y a pas de données comparables dans la littérature. Ces travaux ont donc permis de décrire pour la première fois l'âge moyen de patients atteints de DMD et ayant subi ces interventions.

L'étude de la fréquence des fractures des patients traités par corticoïdes par rapport aux patients non traités n'est pas capable de montrer une différence significative entre ces deux groupes. En effet, autant de patients ont connu l'événement fractures, qu'ils soient traités ou non par corticoïdes. Or, les corticoïdes ont pour effet connu d'augmenter le risque de fracture⁷⁰. Au sein de cette étude, un faible nombre de patients a connu l'événement fracture. Ce test ne permet alors pas de répondre à cette question.

En revanche, il a été mis en évidence que l'âge médian de première fracture sous corticoïdes (12,455 ans) est inférieur à l'âge médian de première fracture sans corticoïdes (17,863 ans). Le faible nombre de patients ne permet pas d'établir une différence significative mais l'étude révèle une tendance à un retard de fracture en absence de corticoïdes. Le risque connu de fragilisation des os et d'augmentation du risque de fractures sous AIS^{26,71} pourrait expliquer cette précocité de fracture chez les patients sous ce traitement.

De plus, l'âge médian de première fracture pour les patients sans corticoïdes (17,863) est plus élevé que pour ceux sans corticoïdes ni bisphosphonates (15,975). Le groupe des patients sans corticoïdes comprend un patient traité par bisphosphonate seul, contrairement aux groupes de patients traités sans corticoïdes ni bisphosphonate. En effet, un seul patient sous bisphosphonate a connu l'événement fracture (sur 3 patients traités exclusivement par ce traitement) et cette fracture a eu lieu à l'âge de 19,312 ans. Cet âge avancé conduit à un retard d'apparition de la première fracture chez les patients sans corticoïdes par rapport aux patients sans corticoïdes ni bisphosphonate. De surcroît, cette fracture et l'introduction de bisphosphonates ont été effectués lors de la même consultation. La fracture n'a donc pas eu lieu après ce traitement. Il n'est donc pas possible de conclure sur l'efficacité des bisphosphonates en prévention secondaire de fracture en raison du faible nombre de patients compris dans cette étude.

Enfin, aucun patient n'a eu de fracture après l'introduction de bisphosphonates en association aux AIS (sur 3 patients traités par une co-administration d'AIS et de bisphosphonates). Le faible nombre de patients sous bisphosphonates et sous bithérapie ne permet pas de réaliser un test significatif entre les patients traités et ceux non traités mais cette étude peut être à poursuivre sur un échantillon plus important afin de déterminer l'intérêt d'une introduction de bisphosphonates en prévention primaire plutôt qu'en prévention secondaire du risque de fracture induit par les corticoïdes.

Dans un second temps, le délai de survenue de fracture après l'introduction d'un traitement a été étudié.

Cette étude permet de mettre en évidence que le délai de survenue de fracture chez un patient sous corticoïdes (3,38 ans) est réduit par rapport aux patients sans corticothérapie (8 ans). La littérature décrit un risque augmenté de fracture sous corticoïdes²⁶ et les résultats statistiques de cette étude concordent également avec ces données.

Le délai de première fracture après l'introduction du traitement par bisphosphonate n'a pu être établi. En effet, comme expliqué précédemment, aucun patient n'a eu d'événement fracture après l'introduction de ce traitement.

Ensuite, les comparaisons des fréquences d'apparition d'arthrodèse, de trachéotomie et de gastrostomie en fonction du traitement par bisphosphonates ont été réalisées. L'échantillon est trop faible pour réaliser un test statistique concluant concernant la fréquence d'apparition d'arthrodèse et de gastrostomie en fonction du traitement par bisphosphonates. Il est de même pour l'étude de l'impact respiratoire (CV, VEMS, VNI et trachéotomie) en fonction du traitement par IEC car un groupe contrôle pertinent ne recevant pas ce traitement n'a pu être élaboré.

En outre, le test n'est pas capable de mettre en évidence une différence significative entre la fréquence de l'événement trachéotomie chez les patients traités par bisphosphonates et les patients non traités.

Le faible nombre de patients au sein de l'échantillon, l'hétérogénéité dans l'âge de ces patients et le manque de suivi longitudinal sur toute la durée de vie des patients sont à prendre en compte dans l'étude. Ces éléments ont contribué à créer un biais à cette étude. De plus, un grand nombre de patients traités de la même façon aboutit à l'impossibilité de former des groupes contrôles pertinents. Un travail sur un échantillon plus grand et qui regrouperait des dossiers plus anciens (avant l'introduction systématique des IEC) pourrait être une solution afin de dépasser les limites de cette étude. Une étude prospective plutôt que rétrospective peut être également à envisager pour améliorer le suivi longitudinal des critères sélectionnés.

Les dossiers étudiés sont au format papier, présents dans les différents services ou leurs archives. Il existe plusieurs dossiers qui concernent un même patient, celui de pédiatrie, des maladies neuromusculaires adultes, des urgences etc. et ce pour chacun des établissements où il a été suivi.

Les dossiers sont constitués de la même manière, regroupant les comptes-rendus, les résultats biologiques, les résultats d'examen (pneumologie, cardiologie, etc.) et les ordonnances. Les courriers transmis par un autre établissement ou un autre service sont conservés avec les comptes-rendus de consultation.

Certains patients peuvent être suivis en consultations pluridisciplinaires au CHU d'Angers avec un ou plusieurs spécialistes exerçant dans un autre établissement, ce qui multiplie le nombre d'intervenants, de courriers et par conséquent augmente le volume des dossiers de façon importante.

De surcroît, au service des adultes, les données concernant l'enfance du patient ne sont pas conservées dans la totalité. Seul un récapitulatif de l'histoire de la maladie du patient et de ses antécédents est conservé. Par ailleurs, plusieurs patients adultes ont été suivis à Paris dans leur enfance et leur dossier au CHU d'Angers ne contient que peu d'informations.

A ce niveau, il n'est pas possible, en lisant ces dossiers, de déterminer si ces patients, aujourd'hui adultes, ont reçu un traitement comme des corticoïdes dans leur enfance. Seuls 4 patients ont été suivis de manière concomitante dans les deux services, ce qui explique la non significativité de certains tests en raison d'un faible échantillon. Le manque de renseignements concernant les patients lié au suivi dans différents établissements et à la multitude des dossiers est à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

De plus, les dossiers adultes et pédiatriques révèlent que les consultations et notamment les *testings* ou examens diffèrent entre ces différents services. Les patients ont un suivi qui se ressemble dans sa globalité car pluridisciplinaire. Mais les examens pratiqués au cours des consultations pédiatrique ou adulte sont différents pour suivre l'évolution de la pathologie. Par exemple le score WBB n'est pas réalisé chez les enfants, mais une MFM est pratiquée.

La présence de *testings* mesurables chez l'adulte et chez l'enfant permettrait d'avoir le suivi d'une même donnée en longitudinal sur toute la durée de vie du patient.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, les duplicatas d'ordonnances sont conservés au sein des dossiers. Lors des consultations, le traitement du patient est mentionné et le compte-rendu indique si le médecin effectue une modification du traitement au cours de la consultation.

Cependant, le traitement est parfois modifié mais non clairement explicité dans le dossier. Ce cas peut se produire lorsque le changement de traitement n'est pas réalisé au cours de la consultation pluridisciplinaire, mais dans un autre cadre (urgence, consultation dans un autre établissement ou par un autre prescripteur). Le compte-rendu de la consultation suivante mentionne alors un nouveau traitement sans que ce changement ne figure préalablement dans le dossier. Il peut alors ne pas y avoir d'indication sur la date ou la raison de cette modification. Dans cette étude, seules les dates des consultations ont été considérées.

Le format papier pour les dossiers n'est pas le plus adapté à l'étude des cas. En effet, ce format conduit à des difficultés d'analyse, une possibilité de perte de documents et un manque de regroupement de données au sein d'un même emplacement. L'informatisation de ces dossiers permettrait de s'affranchir de ces difficultés. En effet, l'informatisation des dossiers permettrait d'obtenir plus rapidement une vision plus globale des patients et de leur prise en charge afin de réaliser cette même étude rétrospective. De plus, regrouper les données provenant de différents professionnels de santé sur une même plateforme pourrait être une solution aux différents biais mentionnés précédemment (manque d'information sur un changement de traitement, sur une instauration ou sur des données biologiques...). Le DMP (Dossier Médical Partagé) pourrait alors être une solution afin de réunir toutes les données médicales du patient. Il pourrait favoriser une meilleure prise en charge du patient atteint de DMD et, avec son accord, être un outil facilitant des études de cas comme celle réalisée au CHU d'Angers.

Ensuite, afin de permettre une étude plus pertinente des dossiers de patients atteints de la dystrophie musculaire de Duchenne, un échantillon plus important est nécessaire. Ici, une étude monocentrique a été réalisée. Une analyse multicentrique des dossiers serait un bon moyen de récolter des informations en plus grand nombre et surtout sur un plus grand nombre de patients. Pour améliorer le suivi longitudinal des patients tout au long de leur vie, une base de données centrale ou centralisée auprès d'une organisation nationale pourrait être envisagée. En effet, une base de données pourrait être créée pour réunir les informations des patients atteints de la DMD afin de suivre l'évolution de la pathologie en fonction des symptômes et des critères d'aggravation comme décrit dans cette étude. Cette base pourrait s'inspirer de la base de référencement UMB-DMD France qui est une banque de données des mutations du gène DMD.

Les traitements par corticoïdes et IEC sont utilisés traditionnellement chez les patients atteints de DMD. Cette étude en est un témoin notamment pour les IEC puisque la quasi-totalité des patients sont traités par ces médicaments. Le seul patient qui ne reçoit pas ce traitement est le patient 23 âgé de 7 ans lors de la dernière consultation, il ne reçoit alors pas encore ce traitement mais il sera très probablement envisagé par la suite. Or, cette indication ne figure pas dans le résumé des caractéristiques du produits (RCP) de ces médicaments⁷¹. Leur utilisation ayant fait leurs preuves et leur recommandations mises en pratique, la question peut être soulevée de les faire apparaître dans les RCP.

Conclusion

Cette étude a permis de confirmer que les corticoïdes favorise l'apparition plus précoce de la première fracture par rapport aux patients non traité. En effet, ce traitement a pour effet connu d'augmenter le risque de fracture. De plus, la co-administration de bisphosphonates et d'AIS pourrait prévenir l'apparition d'une nouvelle fracture mais cette dernière donnée nécessite d'être confirmée par une étude de plus grande ampleur permettant des tests statistiques appropriés.

La myopathie de Duchenne est une pathologie rare et de ce fait, l'échantillon étudié dans cette étude est faible. L'impact des traitements dans cette pathologie nécessite d'être étudié à plus grande échelle par le biais d'une étude multicentrique ou par la création d'une base de données nationale centralisée permettant de faciliter une telle étude.

Rapport-Gratuit.com

Bibliographie

1. **AFM Téléthon**. *Dystrophie musculaire de Duchenne : une maladie rare d'origine génétique qui touche le muscle*, [En ligne], <https://www.afm-telethon.fr/dystrophie-musculaire-duchenne-1251>. Consulté le 24/03/2019
2. **Muscular Dystrophy Association (MDA)**. *Duchenne Muscular dystrophy*, [En ligne], <https://www.mda.org/disease/duchenne-muscular-dystrophy>. Consulté le 20/07/2018.
3. **Orpha.net**. *Prévalence des maladies rares : données bibliographiques. Prévalence, incidence ou nombre publié de cas classés par ordre alphabétique des maladies*. Les cahiers d'Orphanet, série Maladies Rares, 2019, 1-81.
4. **Ben Yaou R et al**. *eDystrophin : un nouvel outil dédié à une meilleure compréhension des dystrophinopathies*. Les cahiers de myologie, 2016, (13), 15-24.
5. **Mah JK et al**. *A systematic review and meta-analysis on the epidemiology of Duchenne and Becker muscular dystrophy*. *Neuromuscular Disorders (NMD)*, 2014, 24, (6), 482-491.
6. **Fardeau M**. *Histoire de la myopathie de Duchenne de Boulogne*. Fondation Garches : De la thérapie génique aux objets connectés. Conférence lors des 29^e entretiens Garches du 17 et 18 Novembre 2016, [En ligne], <http://entretiens-garches.webconf.tv/conf/histoire-de-la-myopathie-de-duchenne-de-boulogne.html>.
7. **Société Française d'Orthopédie Pédiatrique (SOFOP)**. *Guillaume Benjamin Duchenne de Boulogne, Historique*, [En ligne], <http://www.sofop.org/Data/ModuleGestionDeContenu/PagesGenerees/02-Bibliotheque/Historique/CahiersGEOP/192.asp>. Consulté le 07/07/2018.
8. **Mauduit Olivier**. *Identification et implication des gènes DMD et RCBTB1 dans la progression tumorale des sarcomes à génétique complexe*. Thèse de doctorat : Biologie Moléculaire. Université de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1. 16 février 2018. 186p.
9. **Kaya Y et al**. *Sir William Richard Gowers (1845-1915) and his eponym*. *Childs Nervous System*, 2015, 31, (5), 633-635.
10. **AFM-Téléthon**. *30^e anniversaire de la découverte du gène de la myopathie de Duchenne*, [En ligne], <https://www.afm-telethon.fr/actualites/30e-anniversaire-decouverte-gene-myopathie-duchenne-75781>. Consulté le 07/07/2018
11. **Orpha.net**. *Portail des maladies rares et des médicaments orphelins, dystrophie musculaire de Duchenne*, [En ligne], https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=98896. Consulté le 05/04/2019
12. **Institut myologie, AFM téléthon**. *Dystrophie musculaire de Duchenne*, [En ligne], <http://www.institut-myologie.org/essais/essais-en-cours/myopathie-de-duchenne/>. Consulté le 19/07/2018.
13. **INSERM**. *Myopathie de Duchenne : quand un défaut génétique conduit à la destruction des tous les muscles*, [En ligne], <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/myopathie-de-duchenne>. Consulté le 19/07/2018.
14. **AFM téléthon**. *Zoom sur... la prise en charge dans la dystrophie musculaire de Duchenne*. *Savoir et comprendre*, 2009, 1-79.
15. **Orpha.net**. *Forme symptomatique de la dystrophie musculaire de Duchenne et Becker de la femme porteuse*, [En ligne], https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=206546. Consulté le 19/03/2019
16. **Florian A. et al**. *Cardiac involvement in female Duchenne and Becker muscular dystrophy carriers in comparison to their first-degree male relatives: a comparative cardiovascular magnetic resonance study*. *European Heart Journal – Cardiovascular imaging*, 2016, 17, (3), 326-333.

17. **Institut de Myologie.** *DMD : des anomalies cardiaques fréquentes chez les femmes transmettrices*, [En ligne], <http://www.institut-myologie.org/2015/11/09/dmd-des-anomalies-cardiaques-frequentes-chez-les-femmes-transmettrices/>. Consulté le 04/04/2019.
18. **Muscular Dystrophy Association (MDA).** *Duchenne muscular dystrophy : signs and symptoms*, [En ligne], <https://www.mda.org/disease/duchenne-muscular-dystrophy/signs-and-symptoms>. Consulté le 19/07/2018.
19. **Archer J E et al.** *Duchenne muscular dystrophy : the management of scoliosis*. *Journal of spine surgery*, 2016, 2, (3), 185-194.
20. **GARD : Genetic and Rare diseases Information Center.** *Duchenne muscular dystrophy*, [En ligne], <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/6291/duchenne-muscular-dystrophy>. Consulté le 05/04/2019.
21. **Institut de myologie.** *DMD et troubles du transit : une complication fréquente et souvent mal prise en compte, 2017*, [En ligne], <http://www.institut-myologie.org/2017/01/19/dmd-troubles-transit-complication-frequence-souvent-mal-prise-compte/>.
22. **Rubin M.** *Dystrophie musculaires de Duchenne et de Becker*. Edition professionnelle du manuel MSD, [En ligne], <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-musculaires-h%C3%A9r%C3%A9ditaires/dystrophie-musculaire-de-duchenne-et-de-becker>. Consulté le 01/04/2019.
23. **Epomedicine.** *Gowers's sign*, [En ligne], <http://epomedicine.com/clinical-medicine/gowers-sign/>. Consulté le 07/07/2018.
24. **Yiu EM et al.** *Duchenne muscular dystrophy*. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2015, 51, (8), 759-764.
25. **Muscular Dystrophy Association (MDA).** *Duchenne muscular dystrophy : medical management*, [En ligne], <https://www.mda.org/disease/duchenne-muscular-dystrophy/medical-management>. Consulté le 24/03/2019
26. **De Los Angeles Beytia M et al.** *Drug treatment of Duchenne muscular dystrophy: available evidence and perspectives*. *Acta Myologica*, 2012, 31, (1), 4-8.
27. **Mayo AI et al.** *Bone health in boys with Duchenne Muscular Dystrophy on long-term daily deflazacort therapy*. *Neuromuscular Disorders (NMD)*, 2012, 22, (12), 1040-1045.
28. **Birnkrant DJ et al.** *Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 2: respiratory, cardiac, bone health, and orthopaedic management*. *The lancet neurology*, 2018, 17, (4), 347-361.
29. **Canny GJ et al.** *Hypercapnia in relation to pulmonary function in Duchenne muscular dystrophy*. *Pediatric pulmonology*, 1989, 6, (3), 169-171.
30. **Singh M et al.** *Nephrolithiasis in patients with Duchenne muscular dystrophy*. *Urology*. 2007, 70, (4), 643-645.
31. **Brignol TN**, IVèmes journées annuelles de la Société Française de Myologie. *DMD et Nutrition*. *Myoline*, 2007, (89), 2 p.
32. **Douniol M et al.** *Phénotype psychiatrique des maladies neuromusculaires de l'enfant : revue de la littérature*. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 56, 2008, 56, (2), 63-72.
33. **Philippo TD et al.** *Psychological Aspects in Children Affected by Duchenne De Boulogne Muscular Dystrophy*. 2014, 4, (1).
34. **Birnkrant DJ et al.** *Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1 : diagnosis, and neuromuscular, rehabilitation, endocrine and gastrointestinal and nutritional management*. *The Lancet neurology review*, 2018, 17, (3), 251-267.

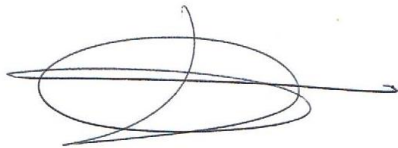
35. **Treat-DMD**. *Diagnostic et suivi de la dystrophie musculaire de Duchenne : guide à l'usage des familles*, [En ligne], http://www.treat-nmd.eu/downloads/file/standardsofcare/dmd/french/DMD_FG2010_FRprint.pdf. Consulté le 01/04/2019
36. **Bushby K, et al**. *The Diagnosis and Management of Duchenne Muscular Dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological and psychosocial management*. *The Lancet Neurology*, 2010, (1), 77-93.
37. **AFM téléthon**. *Zoom sur... le diagnostic de la dystrophie musculaire de Duchenne*. *Savoir et comprendre*, 2009, 11, 1-19.
38. **Muscular Dystrophy Association (MDA)**. *Duchenne muscular dystrophy : diagnosis*, [En ligne], <https://www.mda.org/disease/duchenne-muscular-dystrophy/diagnosis>. Consulté le 20/07/2018.
39. **Moghadam-Kia S et al**. *Approach to asymptomatic creatine kinase elevation*. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2016, 83, (1), 37-42.
40. **McMillan HJ et al**. *Serum transaminase levels in boys with Duchenne and Becker muscular dystrophy*. *Pediatrics*, 2011, 127, (1), 132-136.
41. **Leturcq F et al**. *Aspects génétiques et moléculaires des dystrophinopathies*. *Archives de pédiatrie*, 2015, 22, 123-1211.
42. **AFM téléthon**. *Prise en charge orthopédique et maladies neuromusculaires*. *Savoir et comprendre*, 2018, 1-16.
43. **AFM téléthon**. *Dystrophies musculaires de Duchenne (DMD) et de becker (BMD)*. *Journées des familles*, 2013, 1-6.
44. **Muscular Dystrophy Association (MDA)**. *Becker Muscular Dystrophy (BMD)*, [En ligne], <https://www.mda.org/disease/becker-muscular-dystrophy>. Consulté le 04/04/2019.
45. **Orpha.net**. *Dystrophie musculaire de Becker*, [En ligne], https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=98895&lng=FR. Consulté le 04/04/2019.
46. **Muscular Dystrophy Association (MDA)**. *Becker muscular dystrophy (BMD) : signs and symptoms*, [En ligne], <https://www.mda.org/disease/becker-muscular-dystrophy/signs-and-symptoms>. Consulté le 04/04/2019.
47. **UMD-DMD France**. *La banque de données des mutation du gène DMD*, [En ligne], http://umd.be/DMD/W_DMD/gene_FR.html. Consulté le 15/03/2019.
48. **AFM téléthon**. *Zoom sur... La dystrophie musculaire de Becker*. *Savoir et comprendre*, 2010, 1-51.
49. **Gillis J-M**. *Guérir la myopathie de Duchenne par l'utrophine ?*. *MS Médecine Science*, 2004, 20, (4), 442-447.
50. **Gao Q et al**. *The Dystrophin Complex: structure, function and implications for therapy*. *Comprehensive Physiology*, 2015, 5, (3), 1223-1239.
51. **AFM Téléthon**. *Avancées dans les dystrophies musculaires de Duchenne et de Becker*. *Savoir et comprendre*, 2018, 1-41.
52. **Prime global, Medical Communications Agency**. *Rare But Not Forgotten – Duchenne Muscular Dystrophy*. [En ligne], <http://primeglobalpeople.com/2017/05/30/rare-not-forgotten-duchenne-muscular-dystrophy/>. Consulté le 02/04/2019
53. **Muscular Dystrophy Association (MDA)**. *Duchenne muscular dystrophy : causes/inheritance*, [En ligne], <https://www.mda.org/disease/duchenne-muscular-dystrophy/causes-inheritance>. Consulté le 01/04/2019

54. **Kaplan J-C et al.** *Les leçons du gène DMD en 12 questions*, 2007, 1-9.
55. **Rumeur EL.** *Dystrophin and the two related genetic diseases, Duchenne and Becker muscular dystrophies.* *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 2015, 15, (3), 14-20.
56. **AFM téléthon.** *DMD : caractériser les troubles du développement neurocognitif*, [En ligne], <https://www.afm-telethon.fr/actualites/dmd-caracteriser-troubles-developpement-neurocognitif-127183>. Consulté le 05/04/2019
57. **HAS.** *Avis commission de la transparence, direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique sur le Translarna*, 2015, 6-25.
58. **Académie nationale de pharmacie.** *Déflazacort*, [En ligne], <http://dictionnaire.acadpharm.org/w/D%C3%A9flazacort>. Consulté le 07/04/2019.
59. **Lamb MM et al.** *The effect of steroid treatment on weight in nonambulatory males with Duchenne muscular dystrophy.* *American Journal of Medical Genetics Part A*, 2018, 176, (11), 2350-2358.
60. **AFM-téléthon.** *DMD : deux études sur la corticothérapie*, 2018.
61. **AFM-téléthon.** *DMD : les corticoïdes diminuent le taux de scoliose aux Etats-Unis*, [En ligne], <https://www.afm-telethon.fr/actualites/dmd-corticoides-diminuent-taux-scoliose-aux-etats-unis-73587>. Consulté le 05/04/2019.
62. **Berger M CD.** *Déflazacort plus efficace que Prednisone ?*, *La force DMD*, [en ligne], <https://laforcedmd.com/fr/deflazacort-plus-efficace-que-prednisone/>. Consulté le 07/04/2019.
63. **Duboc D et al.** *Perindopril preventive treatment on mortality in Duchenne muscular dystrophy: 10 years' follow-up.* *American Heart Journal*, 2007, 154, 3, 596-602.
64. **Bianchi ML et al.** *Low bone density and bone metabolism alterations in Duchenne muscular dystrophy: response to calcium and vitamin D treatment.* *Osteoporosis International*, 2011, 22, (2), 529-539.
65. **AFM-téléthon.** *Essais cliniques en cours en France*, [En ligne], <https://www.afm-telethon.fr/dystrophie-musculaire-duchenne-etudes-cliniques-cours-46259>. Consulté le 16/04/2019.
66. **AFM-téléthon.** *DMD : le tadalafil n'est pas efficace*, [En ligne], <https://www.afm-telethon.fr/actualites/dmd-tadalafil-n-est-pas-efficace-106207>. Consulté le 16/04/2019
67. **Institut de Myologie.** *Moins d'adolescents nécessitent une arthrodeèse vertébrale chirurgicale aux Etats-Unis*, [En ligne], <http://www.institut-myologie.org/2016/08/23/dmd-dadolescents-necessitent-arthrodeese-vertebrale-chirurgicale-aux-etats-unis/>. Consulté le 07/04/2019.
68. **Urtizberrea JA.** *De l'intérêt de la gastrostomie dans les dystrophies musculaires : à propos d'une étude japonaise.* 2012.
69. **Meune C et al.** *Atteinte cardiaque dans les dystrophies de Duchenne et de Becker.* *MT cardio*, 2005, 1, 461-6.
70. **Van Staa TP et al.** *The epidemiology of corticosteroid-induced osteoporosis : a meta-analysis.* *Osteoporosis International*, 2002, 13, (10), 777-87.
71. **ANSM.** *Résumé des Caractéristiques du Produit : Prednisolone Zentiva 20mg, comprimé effervescent sécable*, [En ligne], <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0194845.htm>. Consulté le 28/06/2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Camille Dugas
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **10 / 06 / 2019**



**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

Dystrophie Musculaire de Duchenne (DMD) : Impact des traitements dans la pathologie

RÉSUMÉ

La myopathie de Duchenne ou Dystrophie Musculaire de Duchenne (DMD) est une maladie génétique rare provoquant une dégénérescence progressive de l'ensemble des muscles. Cette pathologie liée au chromosome X touche principalement des garçons. L'objectif de cette étude réalisée au CHU d'Angers est d'observer l'impact des traitements dans la pathologie. Cette étude permet de confirmer que la première fracture apparaît plus précocement dans la vie des patients traités par corticoïdes que pour les patients non traités par corticoïdes. En effet, le délai de survenue d'une première fracture après un traitement par AIS est réduit par rapport à un délai de première fracture chez un patient non traité. Aucun test significatif n'a pu être effectué mais aucun patient n'a eu de fracture après une co administration d'AIS et de bisphosphonates. Une étude réalisée sur un échantillon plus important permettrait de confirmer ou d'infirmer l'intérêt de l'utilisation de bisphosphonates en prévention primaire dans la Dystrophie Musculaire de Duchenne.

Mots-clés : Myopathie de Duchenne, Dystrophie Musculaire de Duchenne, DMD, traitement, corticoïdes, bisphosphonate, fracture

Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) : Impact of treatments in pathology

ABSTRACT

Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) is a rare genetic disease that causes a progressive degeneration of every muscles. This disease related to X chromosome affects mostly boys. The objective of the study carried out at the University Hospital of Angers is to observe the impact of treatments in this pathology. The study confirms that the first fracture appears earlier in the life of patients treated with corticosteroids than for untreated patients. Indeed, the delay of occurrence of a first fracture after treatment with AIS is reduced compared to a first fracture delay in an untreated patient. No significant tests could be performed but no patients had fractures after co-administration of AIS and bisphosphonates. A study conducted on a larger sample would confirm or disprove the interest of the use of bisphosphonates in primary prevention in Duchenne Muscular Dystrophy.

Keywords : Duchenne Muscular Dystrophy, DMD, treatment, corticosteroid, bisphosphonate, fracture

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex

Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS