

COMMENT JE TRAITE...

des cors et des callosités

T. HERMANN-SLÉ (1), G.E. PIÉRARD (2)

RÉSUMÉ : Les cors et callosités sont l'expression d'une facette de la mécanobiologie du pied. Ils sont plus fréquents chez les individus âgés, en particulier chez les femmes. Ces lésions représentent un facteur de risque dans la problématique du pied diabétique. Des mesures préventives sont importantes à respecter chez des patients prédisposés. Diverses thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses ont démontré leur efficacité.

MOTS-CLÉS : *Cor - Callosité - Diabète - Mécanobiologie*

A quelque endroit que ce soit de l'organisme, les microtraumatismes répétitifs d'un os par un corps dur, à travers la peau, produisent une réaction hyperplasique de l'épiderme. C'est ainsi qu'il est habituel que des lésions cornées apparaissent sur les mains à la suite de certains travaux manuels (jardinage), de pratiques religieuses (nodule des prieurs), ou d'activités sportives (golf, tennis, etc..). C'est dans ce cadre que se situent des lésions particulières du pied. Tantôt désignés sous les noms de kératomes ou durillons, les callosités et cors sont des épaisissements circonscrits de l'épiderme. La partie centrale, plus épaisse, s'estompe en périphérie dans l'épiderme sain. Pratiquement inexistantes chez l'enfant, très rares chez les adolescents, plus fréquents chez les jeunes adultes, les callosités et les cors se rencontrent surtout chez les personnes d'âge mûr et les vieillards. Leur prévalence est particulièrement élevée chez les femmes.

Ces lésions cornées résultent de microtraumatismes répétés (pression, frottement de la chaussure) sur une zone cutanée circonscrite. Appliquées sur une surface osseuse réduite, les pressions déterminent un cor, alors que sur une surface plus étendue, elles engendrent des callosités. Ces lésions sont donc la conséquence de sollicitations mécanobiologiques précises. Deux conditions doivent être présentes pour que se forme un cor ou une callosité. Il doit y avoir, d'une part, une pression externe ou des frictions intermittentes et répétées. D'autre part, une saillie osseuse doit être présente, comprimant la peau par sa face profonde

CALLOSITÉS

Une des caractéristiques principales de la callosité est d'être mobilisable avec la peau avoisin-

HOW I TREAT CORNS AND CALLOSITIES

SUMMARY : Corns and callosities are the expression of a peculiar aspect of mecanobiology of the foot. They are more frequent with ageing, particularly in women. These lesions represent a risk factor for the diabetic foot. Prevention measures are important to follow in predisposed individuals. Several medicinal and non medicinal treatments have proven their efficacy.

KEYWORDS : *Corn - Callosity - Diabetes - Mecanobiology*

nante sans adhérer aux tissus sous-jacents. Sa localisation est généralement bilatérale et symétrique, en des endroits particuliers qui sont la face plantaire et interne de la base de la deuxième phalange du gros orteil, la face plantaire des têtes métatarsiennes et les faces latérales du talon.

La callosité s'étend surtout en surface, atteignant souvent plusieurs centimètres de largeur. Son épaisseur, d'abord peu importante, augmente avec l'ancienneté de la lésion. Son contour est imprécis et sa couleur jaunâtre contraste avec le teint rose des tissus avoisinants. Les sillons parallèles de la surface de l'épiderme normal se creusent dans les callosités, contrairement aux cors et aux verrues qu'ils contournent. La sensation initiale de gêne peut s'amplifier au fil du temps pour finir en une douleur très intense.

CORS

Le cor, encore appelé clavus, est formé par un noyau corné très dense, translucide, de forme lenticulaire, s'enfonçant dans le derme à la manière d'un clou. La pointe, en forme de cône renversé, pénètre la peau en regard de la saillie osseuse sous-jacente. Le noyau est communément appelé à tort «racine». Il existe plusieurs variétés de cors qualifiées respectivement de dures, molles, vasculaires ou neurovasculaires.

Le cor dur est le plus fréquent. Il se forme aux endroits exposés directement aux frottements et compressions des chaussures.

Le cor mou siège toujours dans un espace interdigital macéré. Il est de couleur blanchâtre et de consistance spongieuse. Nettement délimitée par une bordure érythémateuse, cette masse est souvent centrée d'un point brun noir. De cet aspect lui vient le nom d'«œil de perdrix». Ce type de cor interdigital se présente souvent par paire, deux cors se faisant face, celui du côté interne étant très prononcé, l'autre plus discret.

(1) Consultant, Expert clinique, (2) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU Sart Tilman, Liège.

Le cor mou résulte de la compression de deux articulations à travers la peau plus ou moins macérée. A la palpation douce du cor mou interdigital, la protubérance osseuse sous-jacente peut être perçue. Le traumatisme répété ou continu peut produire une inflammation locale de la peau et de la bourse séreuse périarticulaire déterminant ainsi un hygroma.

Le cor vasculaire ou neurovasculaire contient des parcelles de la couche papillaire du derme qui sont incluses dans des plicatures des couches profondes de l'épiderme. La présence de vaisseaux sanguins produit de petites hémorragies à l'ablation du cor. Ces cors sont souvent douloureux, même en l'absence de compression externe.

HISTOLOGIE

L'examen histologique révèle des différences marquées entre un cor et l'épiderme normal. Les kératinocytes sont plus volumineux et l'espace intercellulaire est enrichi en protéoglycanes. Les parois latérales des kératinocytes présentent des interdigitations plus prononcées. La cohésion entre les cornéocytes est très grande, ce qui garantit une structure compacte et très dure de la couche cornée.

EVOLUTION

La palpation d'un cor révèle une manifestation allant de la simple sensibilité à une douleur intolérable selon le siège de la lésion et son stade évolutif. Cette perception est causée par la compression des terminaisons nerveuses sensibles localisées dans le derme et l'hypoderme. La douleur produite par le cor peut apparaître progressivement pour devenir vive et localisée en fin de journée. Dans une phase avancée, le simple frottement de la literie suffit pour réveiller la douleur. Le niveau hygrométrique de l'atmosphère peut également influencer la sévérité de l'algie. La sensibilité douloureuse quasi permanente peut rendre les individus irritables.

Le sujet porteur de cors évite instinctivement l'appui ou la compression à l'endroit douloureux et adopte une démarche antalgique. Les articulations sont alors sollicitées en porte-à-faux, ce qui peut entraîner à long terme des arthroses de posture. Le cor douloureux ne disparaît pas pour autant, mais d'autres se forment sur les nouvelles zones de compression du pied.

Le microtraumatisme continuant, un état chronique de stimulation mécanobiologique s'installe dans les tissus sous-jacents à la lésion cornée. L'irritation des terminaisons nerveuses

cutanées entraîne une vasodilatation réflexe locale. La congestion des capillaires sanguins et l'œdème local de la couche sous-épithéliale favorisent l'hyperproduction des kératinocytes de la couche basale de l'épiderme. A ce stade, le cor se reforme continuellement, en dépit du rétablissement de la statique perturbée, du port de chaussures adéquates, de l'ablation régulière des cors et de l'application de pansements protecteurs.

TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX

A titre de prévention, une bonne hygiène et le port de chaussures souples et confortables, qui ne compriment pas les orteils, suffisent souvent à empêcher la formation des lésions cornées. Les magasins spécialisés sont approvisionnés d'articles (anneaux en caoutchouc, rondelles de feutre, éponges en caoutchouc mousse, laine d'agneau, etc...) destinés à protéger l'endroit exposé à la pression des chaussures. Le cas échéant, des semelles orthopédiques sont conseillées afin de corriger une statique défectueuse. Parfois, le malade doit se procurer des chaussures adaptées. Les orthèses en élastomère de silicone moulées et façonnées directement sur la peau permettent de diminuer les frottements chroniques au niveau de la zone cutanée comprimée. Il est important aussi de lutter contre la xérose cutanée en utilisant un émollient ou une préparation hydratante (1, 2). Si le malade ne suit pas ces recommandations, le meilleur traitement ne sera, hélas, que palliatif.

De nombreuses méthodes de traitement sont proposées dont certaines peuvent être jugées sécuritaires. Il ne faut, sous aucun prétexte, irradier ou électrocoaguler les cors et les durillons car des lésions graves pourraient en résulter. On observe souvent des cicatrices hyperkératosiques qui sont aussi, voire même plus gênantes, que la lésion initiale, sans compter que les radio-dermites peuvent se compliquer d'ulcères inguérissables ou de cancers cutanés.

L'évolution de la lésion, au début de sa formation, peut être contrôlée par l'usage régulier d'une pierre ponce, d'une lime rugueuse ou même de papier sablé fin, en vue de débrider la couche cornée. Cette procédure consiste à enlever l'hyperkératose, après désinfection méticuleuse de la zone cutanée concernée. L'ablation de la couche superficielle, ainsi que l'énucléation de la «racine» sont facilitées par l'application préalable d'agents kératolytiques.

Il est conseillé d'appliquer sur la zone de contrainte mécanique un topique émollient et antiseptique recouvert d'un pansement protec-

teur que le malade garde quelques jours. Il arrive qu'une bourse séreuse enflammée soit présente sous le cor. Une fois la collection liquidienne éliminée, on instille un antiseptique par le mince pertuis. Le tout est recouvert d'un pansement de gaze.

Tous ces gestes sont délicats à réaliser, particulièrement chez des patients diabétiques qui ne ressentent pas toujours la douleur et qui peuvent s'infecter plus facilement. C'est un des problèmes à résoudre dans les soins à apporter au pied diabétique (3, 4).

Le traitement peut également être chirurgical consistant en une exérèse complète. Cette thérapeutique est quelquefois justifiée dans les cas de cors récidivants. Ce traitement doit être souvent couplé avec différentes ostéotomies qui permettent de modifier les appuis.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Les médicaments utilisés dans le traitement des cors et callosités sont appelés coricides. Ils sont nombreux et comprennent des agents comme l'acide salicylique, l'urée, l'acide monochloracétique, l'acide lactique, le chlorure de zinc, le camphre et le menthol, la benzocaïne, l'huile de ricin, etc...

L'action de l'acide salicylique se traduit par le gonflement, le ramollissement et la desquamation de la couche cornée. Cette molécule est un bon coricide pour l'auto-traitement médicamenteux. Les préparations contiennent généralement entre 5 et 40% de principe actif, sous forme de collodion, de pommade, de pâte ou d'emplâtre. Ces formulations sont idéales pour augmenter

l'hydratation de la couche cornée et améliorent ainsi l'efficacité de l'acide salicylique.

A cause de ses propriétés destructives sur la peau saine, l'acide salicylique, comme tous les kératolytiques, doit être appliqué avec grand soin, exclusivement sur la zone affectée. Il est contre-indiqué en cas de neuropathie diabétique ou de déficience de la circulation périphérique. Les personnes à peau fine ou sénescence et celles qui sont atteintes de dermatoses du pied ne devraient employer cet agent que sur recommandation d'un médecin.

RÉFÉRENCES

1. Uhoda E, Debatisse B, Paquet P, et al.— La peau dite sèche du patient diabétique. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 560-563.
2. Xhaufnaire-Uhoda E, Haubrechts C, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Qualité de vie, émollients et gents hydratants. *Rev Med Liege*, 2006, **61**, 233-236.
3. McDermott JE.— The diabetic foot : diagnosis and prevention. *Instr Course Lect*, 1993, **42**, 117-120.
4. Van Damme H, Limet R.— Le pied diabétique. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 516-525.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be