



Le régime sans nickel a sa place dans les eczémas et la dysidrose : contre

A nickel-free regimen has its place in the treatment of eczemas and dyshidrosis: Contra

D. Tennstedt

Service de dermatologie, Cliniques universitaires St.-Luc, 1200 Bruxelles, Belgique

Résumé

Un régime « sans » nickel n'est pas justifié dans le traitement de la grande majorité des eczémas au nickel ou des dysidroses. Seuls quelques rares exceptions peuvent être prises en compte uniquement dans les cas où il a pu être démontré que le nickel ingéré pouvait jouer un rôle dans l'exacerbation d'un eczéma ou d'une dysidrose. Par ailleurs, l'éviction du nickel largué par des objets métalliques et absorbé par voie cutanée est indispensable.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Allergie au nickel ; Régime sans nickel ; Nickel absorbé

Abstract

A nickel-less diet would not be recommended as treatment in most cases of nickel dermatitis or pompholyx. Only a few exceptions can be notified when it has been proved that ingested nickel could have played a role in the increase of a nickel dermatitis or pompholyx. Anyway, the avoidance of nickel released by metallic items and transcutaneously absorbed is absolutely needed.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Nickel allergy; Diet without nickel; Absorbed nickel

1. Considérations générales [1]

Le nickel (28^e élément du tableau périodique) est un métal extrêmement répandu dans la vie de tous les jours. Il est l'allergène le plus fréquemment rencontré chez la femme (10 à 15 %), alors que seulement 2 à 5 % des hommes sont allergiques à ce métal [2].

Dans l'immense majorité des cas, chez un patient sensible au nickel, les lésions se situent strictement aux territoires directement en contact avec ce métal.

Dès que l'objet métallique contenant du nickel est évité, la dermatite de contact s'estompe rapidement (éventuellement avec l'aide d'un topique contenant un corticostéroïde). Un régime sans nickel est dans ce cas de figure le plus simple, totalement inutile.

Dans d'autres cas, l'éruption ne se localise pas uniquement à l'endroit de contact mais peut s'étendre au-delà du territoire

correspondant à l'objet nickelé présumé responsable. Dans certains cas, la dermatite a même tendance à se généraliser. Il faut se souvenir que, d'une part, le nickel peut être transporté par les doigts en différents endroits du corps et que, d'autre part, les allergies de contact au nickel s'accompagnent souvent d'éruptions secondaires ou « ides » généralement symétriques (plis des coudes, paupières, faces latérales du cou, faces internes des cuisses...).

De temps en temps, on peut même rencontrer un prurit diffus se traduisant cliniquement par des papules excoriées à type de prurigo. Le mécanisme étiopathogénique qui aboutit au déclenchement d'une éruption secondaire reste incomplètement élucidé et le rôle du nickel ingéré a été relativement peu étudié.

Il ne faut pas perdre de vue que l'eczéma allergique au nickel n'exige pas toujours un contact intime avec un objet métallique comme source de nickel. Ce dernier peut être véhiculé à travers des matériaux situés entre le métal et la peau, comme le cuir ou les fibres textiles par exemple [1].

Dans tous ces cas, le retrait des objets métalliques contenant du nickel reste la pierre d'angle du traitement et s'accompagne,

E-mail addresses: dominique@tennstedt.be, dominiquetennstedt@gmail.com.

la plupart du temps, d'une résolution de la dermatite. Ici encore, la recommandation d'un régime alimentaire « sans nickel » n'a que peu d'intérêt (voire aucun. . .).

Les situations plus complexes d'eczéma au nickel rebelle à l'éviction des objets métalliques contenant du nickel ou rebelle à une thérapeutique bien conduite sont nettement plus exceptionnelles et se présentent, soit sous forme d'éruption diffuse, soit sous forme de dysidrose ou d'eczéma dysidrosiforme, soit de manière encore plus exceptionnelle sous forme de vasculite [3–5]. Toutes ces dernières situations suggèrent l'éventualité d'une cause endogène à la dermatite. Pour un certain nombre d'auteurs, ces cas pourraient être améliorés grâce à une prise en charge visant à éviter théoriquement toute ingestion de nickel via une « éviction » alimentaire [6–8].

D'autres auteurs recommanderaient cette éviction essentiellement dans deux cas de figures [9–12] :

- patients atteints de dysidrose extensive qui seraient peu sensibilisés au nickel. En effet, pour les patients fortement sensibilisés à ce métal, le régime serait inutile car insuffisant pour diminuer le seuil « critique » de nickelémie ! Il faudrait donc distinguer les patients fortement allergiques au nickel de ceux qui le seraient de manière modérée !
- patients qui consommeraient une quantité importante de divers aliments « riches » en nickel : farine de son ou de soja, chocolat, noix, boissons à base de cacao !

2. Arguments contre un régime visant à diminuer l'ingestion de nickel chez les patients allergiques à ce métal

2.1. Revue de la littérature

Les différents auteurs rapportant le bénéfice d'un régime pauvre en nickel ne rapportent que de petites séries de cas de dermatites diverses extrêmement « disparates », sans aucune étude contrôlée incluant un grand nombre de cas en double insu versus placebo [9,13].

En dehors de cas cliniques ponctuels, il n'existe aucune étude randomisée à grande échelle prouvant l'intérêt d'un régime pauvre en nickel [11,13,14].

Les auteurs ne mentionnent généralement pas s'ils ont ou non proposé en même temps que le régime « sans » nickel une autre thérapeutique en particulier, des applications de corticoïdes locaux ! [9,13,15].

Plusieurs d'entre eux signalent qu'il faudrait systématiquement réaliser avant toute recommandation d'un régime pauvre en nickel, un test par voie orale (contrôlé à l'aide d'un placebo) par une gélule de nickel contenant 2,5 à 5 mg (soit environ 12,5 à 25 mg de sulfate de nickel), tout en surveillant l'éventualité d'une exacerbation de la dermatose dans les deux à trois jours qui suivent. Ce challenge-test doit bien entendu être négatif lorsque le placebo est administré. Ce test per os préalable à l'instauration d'un régime pauvre en nickel n'est pas dénué de danger car peut dans certains cas être suivi d'une exacerbation considérable de la dermatite (en particulier, dans le cas de certaines dysidroses) [16]. Ce type de test, de

l'avis des auteurs qui le pratiquent, serait cependant indispensable, tant comme diagnostic visant à prouver la responsabilité du nickel pour le dermatologue que dans un but « d'éducation » pour le patient (afin de lui prouver que l'ingestion de nickel est bien responsable de sa dermatite). Ce test par voie orale n'est (toujours selon la recommandation des auteurs qui le pratiquent) pas à envisager si les patients ont des obligations sociales ou comptent voyager dans les jours qui suivent. . . [9,10,17–19].

La plupart des auteurs ayant pratiqué un régime pauvre en nickel indiquent cependant que celui-ci ne peut qu'apporter une amélioration modérée et rarement complète. . . Il est donc très difficile d'objectiver valablement les résultats d'un tel régime [9,13].

2.2. Considérations pratiques utiles pour le dermatoallergologue

Il n'existe aucun consensus concernant les aliments qu'il faut absolument éviter ou ceux dont il suffirait d'en diminuer la consommation. . .

Si certains aliments reviennent dans pratiquement chacune des listes proposées (crustacés, chocolat, pois et lentilles, protéines de soja, sésame. . .), d'autres aliments se retrouvent dans des listes beaucoup plus extensives : dattes, figues, ananas, avoine, épinards, concentré pour la soupe, poires, asperges, champignons, oignons, tomates, cresson, amandes, cacahuètes, farine complète, fruits à coque. . . [1,13,20]. Une très grande confusion existe donc à ce sujet. Même des médicaments à usage homéopathique et phytothérapique pourraient contenir du nickel ! [21].

Par ailleurs, allonger la liste d'un régime restrictif en nickel entraîne selon toute évidence une diminution de la compliance. Les patients sont complètement déroutés vu le nombre d'aliments à éliminer et, dans un certain nombre de cas, ne peuvent plus avoir de vie sociale classique, « confortable » et agréable. . .

Une controverse existe quant à l'éviction de mets cuits dans des casseroles en inoxydable [22]. Ici encore, les avis divergent considérablement. Ce même type de controverse existe quant à la prise de boissons contenues dans des cannettes ou encore quant à la présence d'une quantité plus ou moins grande de nickel dans l'eau de boisson [1,14,23].

Dans la pratique, les défenseurs d'un régime pauvre en nickel ne se contentent pas de recommander ce type de régime mais également prescrivent des traitements locaux, voire généraux qui rendent toute appréciation thérapeutique extrêmement aléatoire.

3. Conclusions

En pratique dermatologique quotidienne, l'instauration d'un régime pauvre en nickel semble extrêmement aléatoire et ne devrait être proposée qu'après avoir « épuisé » toutes les autres solutions thérapeutiques médicales.

Une anamnèse fouillée à la recherche de tout objet en nickel pouvant entrer en contact avec la peau de manière directe ou

indirecte reste indiscutablement la pierre d'angle du traitement de l'allergie au nickel. Il est extrêmement utile de proposer au patient allergique au nickel de se procurer un « spot test » au diméthylglyoxime afin de détecter dans leur environnement proche tout objet susceptible de larguer du nickel. Des recommandations écrites concernant les objets courants (voire moins courants) pouvant contenir ce métal sont à remettre au patient. La prescription et la dédramatisation d'un traitement topique, voire général devraient toujours être réalisées de manière adaptée. La vérification que ce traitement a bien été suivi (compliance) est et reste bien entendu essentielle.

La mise en route d'un régime restrictif visant à éliminer autant que possible les aliments « riches » en nickel ne doit être prise en compte que de manière très secondaire en gardant à l'esprit les résultats aléatoires que l'on peut en obtenir et qu'idéalement ce type de régime ne devrait se proposer qu'après un « challenge » positif démontrant de manière plus que probable le rôle du nickel dans la genèse de la dermatite présente.

Il serait inutile de poursuivre un régime pauvre en nickel au-delà d'un à trois mois si aucune amélioration n'est notée. Il faudra toujours garder à l'esprit qu'une amélioration potentielle peut être due à un traitement concomitant proposé en même temps que le régime pauvre en nickel !

L'alternative pourrait consister en la prise de disulfirame (Antabuse®) à la dose de 200 à 400 mg. Cette approche pourrait être intéressante chez des patients sensibilisés au nickel qui présenteraient une exacerbation de leur dermatose après ingestion de 25 mg de sulfate de nickel (soit environ 5 mg de nickel métal). Il est évident que de nombreux effets secondaires peuvent limiter ce type de thérapeutique (fatigue, céphalées, vertiges, éruption acnéiforme, révélation ou aggravation d'une névrose ou d'une psychose latente ou installée). Une aggravation de la dermatose peu après le début du traitement est également toujours possible [24].

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Raison-Peyron N. Allergies au nickel : quand y penser ? In: Progrès en dermato-allergologie. John Libbey; 2008. p. 87–99.
- [2] Lachapelle JM, Marot L. High nickel release from 1- and 2- Euro coins: are there practical implications? *Dermatology* 2004;209:288–90.
- [3] Burrows D. Is systemic nickel important? *J Am Acad Dermatol* 1992;26:632–5.
- [4] Moller H. Yes, systemic nickel is probably important! *J Am Acad Dermatol* 1993;28:511–3.
- [5] Veien NK, Kaaber K. Nickel, cobalt and chromium sensitivity in patients with pompholyx (dyshidrotic eczema). *Contact Dermatitis* 1979;5: 371–4.
- [6] Kaaber K, Veien NK, Tjell JC. Low nickel diet in the treatment of patients with chronic nickel dermatitis. *Br J Dermatol* 1978;98:197–201.
- [7] Christensen OB, Moller H. External and internal exposure to the antigen in the hand eczema of nickel allergy. *Contact Dermatitis* 1975;1:136–41.
- [8] Jordan W, King SE. Nickel feeding in nickel-sensitive patients with hand eczema. *J Am Acad Dermatol* 1979;1:506–8.
- [9] Veien NK. Ingested food in systemic allergic contact dermatitis. *Clin Dermatol* 1997;15:547–55.
- [10] Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Low nickel diet: an open, prospective trial. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:1002–7.
- [11] Veien NK, Menne T. Nickel contact allergy and a nickel restricted diet. *Semin Dermatol* 1990;9:197–205.
- [12] Gawkrödger DJ, Cook SW, Fell GS, Hunter JA. Nickel dermatitis: the reaction to oral nickel challenge. *Br J Dermatol* 1986;115:33–8.
- [13] Matiz C, Jacob SE. Systemic contact dermatitis in children: how an avoidance diet can make a difference. *Pediatr Dermatol* 2010;27:1–7.
- [14] Jensen CS, Menne T, Johansen JD. Systemic contact dermatitis after oral exposure to nickel: a review with a modified meta-analysis. *Contact Dermatitis* 2006;54:79–86.
- [15] Veien NK, Hattel T, Justesen O, Norholm A. Oral challenge with nickel and cobalt in patients with positive patch tests to nickel and/or cobalt. *Acta Derm Venereol* 1987;67:321–5.
- [16] Nielsen GD, Jepsen LV, Jorgensen PJ, Grandjean P, Brandrup F. Nickel-sensitive patients with vesicular hand eczema: oral challenge with a diet naturally high in nickel. *Br J Dermatol* 1990;122:299–308.
- [17] Moller H, Ohlsson K, Linder C, Bjorkner B, Bruze M. The flare-up reactions after systemic provocation in contact allergy to nickel and gold. *Contact Dermatitis* 1999;40:200–4.
- [18] Hindsen M, Bruze M, Christensen OB. Flare-up reactions after oral challenge with nickel in relation to challenge dose and intensity and time of previous patch test reactions. *J Am Acad Dermatol* 2001;44: 616–23.
- [19] Jensen CS, Menne T, Lisby S, Kristiansen J, Veien NK. Experimental systemic contact dermatitis from nickel: a dose-response study. *Contact Dermatitis* 2003;49:124–32.
- [20] Ysart G, Miller P, Croasdale M, et al. 1997 UK Total Diet Study: dietary exposures to aluminium, arsenic, cadmium, chromium, copper, lead, mercury, nickel, selenium, tin and zinc. *Food Addit Contam* 2000;17: 775–86.
- [21] De Medeiros LM, Fransway AF, Taylor JS, et al. Complementary and alternative remedies: an additional source of potential systemic nickel exposure. *Contact Dermatitis* 2008;58:97–100.
- [22] Flint GN, Packirisamy S. Systemic nickel: the contribution made by stainless-steel cooking utensils. *Contact Dermatitis* 1995;32:218–24.
- [23] Andersen KE, Nielsen GD, Flyvholm MA, et al. Nickel in tap water. *Contact Dermatitis* 1983;9:140–3.
- [24] Kaaber K, Menne T, Tjell JC, Veien NK. Antabuse® treatment of nickel dermatitis. Chelation – a new principle in the treatment of nickel dermatitis. *Contact Dermatitis* 1979;5:221–8.