

Asthme aux tourteaux d'olives

M. BENZARTI, M.S. TLILI, N. KLABI, H. HASSAYOUN,
M. BEN AMMAR, M. JERRY, F. DJENAYAH *

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent un cas d'asthme professionnel aux tourteaux d'olives observé chez un ouvrier de 50 ans travaillant dans une huilerie. Tous les éléments cliniques et paracliniques notamment les tests d'exposition réalistes plaident en faveur de la nature professionnelle du cas rapporté. Ce type d'allergie aux tourteaux d'olives n'a pas été noté au cours de la revue de la littérature concernant l'allergie aux oléagineux. La conduite thérapeutique repose essentiellement sur les mesures préventives, médicales et techniques.

SUMMARY

Asthma secondary to olive oilcakes. — The authors report a case of professional asthma secondary to olive oilcakes in a 50 year-old man working in an oil-mill. All clinical and paraclinical elements, especially realistic exposure tests are in favor of the professional nature of the case reported. This type of allergy to olive oilcakes was not noticed during the review of the literature concerning oleaginous substances. The treatment is essentially based on preventive measures, medical and technical.

Les asthmes professionnels constituent un sujet d'actualité qui pose des problèmes de diagnostic et surtout de prise en charge médico-professionnelle et médico-légale.

L'allergie aux oléagineux occupe une place importante parmi les asthmes professionnels. Elle est très fréquente pour certaines graines oléagineuses pouvant aller jusqu'à « l'épidémie » comme c'est le cas pour les graines de ricin, par contre elle est rare ou nulle pour certaines autres graines.

La culture de l'olivier vient au 2^e rang après celles des céréales. L'industrie d'extraction de l'huile d'olive à partir des graines et des tourteaux est une activité très répandue en Tunisie. Elle occupe à chaque saison (récolte sur 2 mois) environ 10 000 postes de travail répartis sur 1 500 huileries. Il n'est donc pas étonnant de voir apparaître une pathologie propre et particulièrement une pathologie professionnelle respiratoire.

Nous rapportons ci-après l'observation d'un cas d'asthme aux tourteaux d'olives découvert chez un ouvrier travaillant dans une huilerie. Cette observation est la première étudiée dans notre Service.

OBSERVATION

Monsieur H. Salah, 50 ans, originaire de Sousse est ouvrier depuis 12 ans dans une huilerie qui extrait des tourteaux d'olives, une huile destinée à la fabrication du savon. Notre patient est un ouvrier sans qualification. Il a occupé plusieurs postes pendant une courte durée :

- le moulin, où l'ouvrier avec une pelle fait entrer les tourteaux au moulin pour le broyage ;
- l'atelier de séchage ;
- l'atelier d'extraction des huiles par les solvants ;
- l'atelier des hauts fourneaux pour le chauffage de l'eau en utilisant les tourteaux épuisés comme combustible ;
- l'atelier de fabrication du savon ;
- l'atelier de stockage de l'huile ;
- la cour de stockage des tourteaux bruts.

* Service de Pneumo-Allergologie (M. Jerry), CHU de SOUSSE (Tunisie).

Tirés à part : Dr Benzarti, adresse ci-dessus.

Reçu le 26 avril 1986 - Accepté le 28 juillet 1986.

Les postes les plus exposants sont le moulin, l'atelier de séchage et le poste de nettoyage.

Antécédents du patient

Personnels : absence de facteurs atopiques, notion de tabagisme.

Familiaux : pas de notion d'allergie, ni de tare ou de maladie familiale.

Histoire de la maladie

Elle remonte à 1976, après 5 ans d'exposition et de manipulation des tourteaux d'olives. Les premiers symptômes apparus sont des crises de dyspnée (à type de bradypnée expiratoire) déclenchée à chaque exposition aux tourteaux d'olives bruts ou moulus. Une rhinorrhée et des éternuements en salves précèdent ou accompagnent souvent les crises. Les crises diminuent les jours de repos et réapparaissent les jours du travail. Elles sont plus fréquentes au début de la semaine que vers la fin. L'anamnèse retrouve une certaine prédominance nocturne au cours de l'évolution de la maladie.

Au début de sa maladie, les crises sont calmées en ambulatoire par des médicaments symptomatiques, jusqu'à une période où les crises s'aggravent et obligent le patient à consulter les urgences qui le dirigent vers notre service.

L'examen clinique

L'examen pulmonaire au moment des crises, montre des signes de distension manifestes et des sibilances diffuses à l'auscultation, une cyanose des lèvres et des extrémités. En dehors des crises, l'examen pulmonaire est strictement normal.

L'examen O.R.L. ne retrouve pas de stigmate d'allergie à la rhinoscopie.

Le reste de l'examen clinique est strictement normal.

Les examens complémentaires

• La radiologie :

— la radiographie et la radioscopie objectivent des signes de distension,

— la radiographie des sinus (Blondeau) montre une sinusite maxillaire bilatérale plus importante à droite.

• L'examen de l'expectoration retrouve des éosinophiles et des lipophages.

• Les examens biologiques ont décelé quelques anomalies :

— une éosinophilie sanguine située entre 350 et 900 éléments/mm³,

— un test de Mikol et Renoux au 1/160 (zone d'allergie suspecte),

— des IgE totales à 150 KU/l (normale 100 KU/l).

• Les tests cutanés :

— standards montrent une sensibilisation à la poussière de maison, aux acariens et aux pollens,

— la poussière des tourteaux d'olives a été testée par scarification : les lectures (précoce et tardive) n'ont pas été concluantes.

• L'exploration fonctionnelle respiratoire faite à l'admission et deux ans après montre un syndrome obstructif avec baisse du V.E.M.S. de l'ordre de 30 p. cent par rapport aux valeurs théoriques. Le rapport de Tiffeneau est très abaissé. Une hyperréactivité bronchique à 1800 gammas de Carbachol est notée à la deuxième exploration.

• Les tests de provocation :

— l'ingestion d'huile d'olive en quantités croissantes n'entraîne pas de variation du V.E.M.S. à 15 minutes et à 6 heures après l'ingestion ;

— les tests réalistes pratiqués au laboratoire du Service avec les produits habituellement manipulés par le malade et dans les mêmes conditions d'empoussiérage que celles observées au cours de son travail, montrent que :

- l'inhalation des tourteaux moulus entraîne une chute du V.E.M.S. de l'ordre de 30 p. cent par rapport à la valeur initiale et une chute du D.E.M. de 42 p. cent par rapport à sa valeur initiale. La chute des débits atteint son maximum immédiatement après manipulation et la résolution du trouble ventilatoire n'est pas totale à la 2^e heure après le test,

- l'inhalation des tourteaux bruts : la chute des débits est moins spectaculaire que dans le test précédent : les baisses sont de 19 p. cent pour le V.E.M.S. et de 29,4 p. cent pour le DEM par rapport à leurs valeurs initiales. Le trouble ventilatoire obstructif se produit immédiatement après l'exposition et disparaît presque après deux heures,

- l'inhalation de la poussière de céréales n'entraîne aucun trouble ventilatoire significatif. Le V.E.M.S. chute de 9 p. cent et le DEM de 10 p. cent,

- l'inhalation de la poussière de savon reste sans effet particulier sur les performances spirométriques. On constate une chute de V.E.M.S. de 10 p. cent et de 11 p. cent pour le DEM,

- l'inhalation de poussière de soude n'entraîne aucune modification significative des débits ventilatoires. On note des chutes de 8,6 p. cent pour le V.E.M.S. et de 11 p. cent pour le DEM.

DISCUSSION

Des études menées par J. Charpin en 1953, 1954, 1955, 1957 et 1960 concernant l'allergie aux graines oléagineuses [1, 2, 3, 4], ont montré que l'allergie au ricin est la plus fréquente, suivie par l'allergie au lin qui est moins importante et l'allergie au soja beaucoup plus rare. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de l'allergie aux oléagineux de cas d'allergie aux tourteaux d'olives. L'observation que nous venons de rapporter semble devoir figurer parmi les premières.

Les mécanismes physio-pathologiques de l'asthme professionnel aux oléagineux ne sont pas toujours bien élucidés. Kuissu [5] en explorant ces cas d'allergie au soja a proposé un mécanisme d'hypersensibilité de type I (selon la classification de Gell et Coombs). En effet, il a constaté des intradermo-réactions positives aux extraits de tourteaux de poussière et surtout de farine de soja et la présence d'IgE sériques spécifiques. Par contre, l'aspect clinique et les tests intradermiques des sujets allergiques au ricin évoquent un mécanisme de type immédiat et parfois semi-retardé type III. Néanmoins, des facteurs non immunologiques peuvent s'intriquer dans la physiopathologie. Enfin, certains auteurs pensent que l'empoussiérage potentiellement allergisant et l'état prédisposé à la sensibilisation des sujets constituent les principaux éléments de l'installation de l'allergie. Les sujets atteints d'allergie professionnelle respiratoire aux oléagi-

neux ne sont pas seulement les ouvriers des usines. Les ouvriers des ports, les cultivateurs et les ouvriers chargés du transport des sacs contenant les graines oléagineuses sont aussi des sujets exposés au risque.

Les caractères cliniques de l'allergie aux oléagineux peuvent varier selon le type de la graine. L'allergie au ricin est surtout respiratoire à caractère aigu explosif mais des manifestations cutanées et/ou générales peuvent se voir [1, 2, 3, 6]. Le soja est responsable de manifestations essentiellement digestives et rarement respiratoires. L'asthme au soja est particulier par son caractère violent explosif. Ce même tableau peut se voir avec le lin. L'interrogatoire et les tests réalistes constituent les deux démarches essentielles du diagnostic positif de l'asthme professionnel. Les tests cutanés font partie de l'inventaire allergologique. Ils ne sont pas toujours faciles à faire car l'allergène n'est pas toujours identifiable. Mais dans de nombreux cas les tests cutanés sont nets et concluants [2, 3, 6, 7, 8]. Les mesures thérapeutiques préventives reposent sur l'éviction des sujets porteurs d'une hyperréactivité bronchique ou d'un terrain atopique évident. L'aspiration et surtout l'humidification des tourteaux sont des mesures préventives très utiles. La désensibilisation n'a pas encore fait ses preuves et elle est encore loin d'être proposée comme moyen thérapeutique de base.

La prise en charge médico-légale de l'asthme aux tourteaux d'olives soulève le problème de

son inscription dans les tableaux de réparation des maladies professionnelles. En Tunisie, c'est le tableau n° 28 qui se rapporte aux affections respiratoires allergiques dues aux poussières végétales mais dans ce tableau, l'asthme n'est pas mentionné et seuls le lin et le coton sont inscrits dans ce tableau. Une révision des tableaux et des listes des produits incriminés serait utile afin d'inscrire l'asthme aux oléagineux dans ces tableaux.

CONCLUSION

L'asthme aux oléagineux a constitué un sujet de plusieurs études et travaux en France, surtout au cours des deux grandes « épidémies » d'allergie au ricin qui se sont déclarées la première à Marseille en 1956 [1, 2, 3] et la deuxième à Dieppe en 1963 [6].

En Tunisie et à notre connaissance, l'allergie aux oléagineux n'a pas fait l'objet de publication et ce cas d'asthme aux tourteaux d'olives nous semble constituer le premier en la matière. Et vu l'importance de l'oléoculture dans notre pays, il faudrait certainement multiplier les études épidémiologiques pour évaluer la réalité de la prévalence de ce type d'allergie.

Le caractère professionnel du cas rapporté soulève un sujet de discussion à propos de son aspect médico-légal et particulièrement l'inscription des manifestations allergiques aux oléagineux dans les tableaux de réparation des maladies professionnelles.

REFERENCES

1. Charpin J., Zafiropoulos A. — Allergie respiratoire au ricin. *Marseille Med.*, 1956, 3, 219-230.
2. Charpin J., Zafiropoulos A. — Allergie respiratoire au ricin. *Sem. Hôp. Paris*, 1956, 32, 2, 843.
3. Charpin J., Zafiropoulos A. — Allergie respiratoire au ricin dans la région de Marseille. *Act. allergol.*, 1959, 14, 150-160.
4. Charpin J., Zafiropoulos A., Simon L. — Asthmes professionnels dus aux oléagineux. *J. Fr. Med. Chir. Thorac.*, 1961, 11, 47-50.
5. Kuissu S., Lenz D., Bessot J.C., Pauli G. — Rhinite allergique professionnelle par exposition à la poudre de soja. *Rev. Fr. Allergol.*, 1980, 20, 75-77.
6. Wolf fromm R., Guibert L., Rivolier J., Tournier J. — Epidémie d'allergie au ricin de Dieppe (1963-1965). *Presse Med.*, 1967, 75, 2 157-2 160.
7. Spes J.R., Barron J.K. — Préparation des extraits allergéniques à partir de la graine de ricin. *Ann. Allergy*, 1966, 24, 499.
8. Zafiropoulos A., Blanc M. — Une cause rare d'asthme : l'allergie au soja. *Rev. Fr. Allergol.*, 1962, 2, 122.