



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE  
DE CHIRURGIE**

**Décembre 2025, Volume 8  
N°4, Page 291 - 500**

# **Journal Africain de Chirurgie**

**Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie**

**Journal Africain de Chirurgie**  
**Service de Chirurgie Générale**  
**CHU Le DANTEC**  
**B.P. 3001, Avenue Pasteur**  
**Dakar-Sénégal**  
**Tél. : +221.33.822.37.21**  
**Email : jafchir@gmail.com**  
\*\*\*\*\*

#### COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique  
Mamadou Diawo Bah - Anesthésie-Réanimation  
Mamadou Cissé- Chirurgie Générale  
Ndèye Fatou Coulibaly -Orthopédie-Traumatologie  
Richard Deguenonvo -ORL-Chir. Cervico-Faciale  
Ahmadou Dem -Cancérologie Chirurgicale  
Madieng Dieng- Chirurgie Générale  
Abdoul Aziz Diouf- Gynécologie-Obstétrique  
Mamour Gueye - Gynécologie-Obstétrique  
Sidy Ka -Cancérologie Chirurgicale  
Ainina Ndiaye - Anatomie-Chirurgie Plastique  
Oumar Ndour- Chirurgie Pédiatrique  
André Daniel Sané - Orthopédie-Traumatologie  
Paule Aida Ndoye- Ophtalmologie  
Mamadou Seck- Chirurgie Générale  
Yaya Sow- Urologie-Andrologie  
Alioune BadaraThiam- Neurochirurgie  
Alpha Oumar Touré - Chirurgie Générale  
Silly Touré - Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale

#### COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (Tunisie)  
Momar Codé Ba (Sénégal)  
Cécile Brigand (France)  
Amadou Gabriel Ciss (Sénégal)  
Mamadou Lamine Cissé (Sénégal)  
Antoine Doui (Centrafrique)  
Aissatou Taran Diallo (Guinée Conakry)  
Biro Diallo (Guinée Conakry)  
Folly Kadidiatou Diallo (Gabon)  
Bamourou Diané (Côte d'Ivoire)  
Babacar Diao (Sénégal)  
Charles Bertin Diémé (Sénégal)  
Papa Saloum Diop (Sénégal)  
David Dosseh (Togo)  
Arthur Essomba (Cameroun)  
Mamadou Birame Faye (Sénégal)  
Alexandre Hallode (Bénin)  
Yacoubou Harouna (Niger)  
Ousmane Ka (Sénégal)  
Omar Kane (Sénégal)  
Ibrahima Konaté (Sénégal)  
Roger Lebeau (Côte d'Ivoire)  
Fabrice Muscari (France)  
Assane Ndiaye (Sénégal)  
Papa Amadou Ndiaye (Sénégal)  
Gabriel Ngom (Sénégal)  
Jean Léon Olory-Togbe (Bénin)  
Choua Ouchemi (Tchad)  
Fabien Reche (France)  
Rachid Sani (Niger)  
Anne Aurore Sankalé (Sénégal)  
Zimogo Sanogo (Mali)  
Adama Sanou (Burkina Faso)  
Mouhmadou Habib Sy (Sénégal)  
Adegne Pierre Togo (Mali)  
Aboubacar Touré (Guinée Conakry)  
Maurice Zida (Burkina Faso)  
Frank Zinzindouhoue (France)



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE**  
**DE CHIRURGIE**

# **Journal Africain** **de Chirurgie**

**Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie**

**ISSN 2712 - 651X**  
**Décembre, Volume 8,**  
**N°4, Pages 291 - 500**

#### COMITE DE REDACTION

**Directeur de Publication**

**Pr. Madieng DIENG**

Email : madiengd@hotmail.com

**Rédacteur en Chef**

**Pr. Ahmadou DEM**

Email : adeh-dem@gmail.com

**Rédacteurs en Chef Adjoints**

**Pr. Alpha Oumar TOURE**

Email : alphaoumartoure@gmail.com

**Pr. Mamadou SECK**

Email : seckmad@gmail.com

**Pr. Abdoul Aziz DIOUF**

Email : dioufziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :  
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques  
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

## **LE SYNDROME DE PICA : UNE CAUSE RARE D'OCCLUSION INTESTINALE CHEZ L'ENFANT.**

### **THE PICA'S SYNDROM: A RARE CAUSE OF OCCLUSION IN CHILDREN.**

**DYATTA MAYOMBO K<sup>1,2</sup>, MVÉ NDONG FB<sup>1</sup>, MBANA BOUKOULOU FCA<sup>1</sup>,  
IPOUKA DOUSSIEMOU S<sup>1,2</sup>, NGUELE NDJOTA<sup>1,2</sup>, DIALLO FK<sup>1,2</sup>.**

*1: Service de Chirurgie Viscérale, CHU de Libreville - Gabon.*

*2 : Département de Chirurgie, Université des Sciences de la Santé Libreville/Owendo-Gabon.*

**Correspondance :** DYATTA MAYOMBO Kévin. Tel : +241 6623 2267.

Email : dyattamayombokc@gmail.com

---

#### **RESUME**

Le syndrome de Pica est relativement rare. On le retrouve souvent chez des enfants ayant des troubles psychologiques. Les auteurs se proposent à travers ce cas observé au Service de Chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville, de relever les difficultés diagnostiques et de discuter des modalités thérapeutiques dans cette affection. **Obsevation :** l'enfant MKD, garçon de 12 ans, connu pour trouble psychiatrique mal identifié, est emmené en urgence pour algies et ballonnements abdominaux. L'examen clinique était en faveur d'une occlusion intestinale. La radiographie abdominale objectivait des opacités digestives multiples quasi obstructives évoquant des amas de cailloux. Devant ce syndrome de Pica, un traitement laxatif était administré en 1<sup>ère</sup> intention, déclenchant une débâcle avec émission des

graviers. Après contrôle radiographique, le patient sortait de l'hôpital. **Conclusion :** Le syndrome de Pica est une cause rare d'occlusion survenant sur un terrain psychiatrique. Le traitement médical laxatif doit être utilisé en 1<sup>ère</sup> intention. La chirurgie intervient en dernier recours.

**Mots clés :** Occlusion intestinale - Pica - Enfant - Laxatif

#### **ABSTRACT**

*Pica syndrome is relatively rare. It is often found in children with psychological disorders. The authors propose through this case observed at the Surgery Service of the University Hospital of Libreville, to identify the diagnostic difficulties and discuss the therapeutic modalities in this condition. **Case:** the child MKD, a 12-year-old boy, known for a misidentified*

*psychiatric disorder, was rushed for pain and abdominal bloating. The clinical examination was in favor of bowel obstruction. The abdominal x-ray showed multiple almost obstructive digestive opacities suggesting clumps of stones. Faced with this Pica syndrome, a laxative treatment was administered as the first intention, triggering a debacle with the emission of gravel. After an X-ray check,*

*the patient was discharged from the hospital. **Conclusion:** Pica syndrome is a rare cause of occlusion occurring in a psychiatric setting. The laxative medical treatment should be used as the first intention. Surgery is a last resort.*

**Keywords:** *Intestinal obstruction - Pica - Child - Laxative*

---

## INTRODUCTION

Le syndrome de Pica est un trouble du comportement alimentaire défini par l'ingestion persistante de substances non comestibles, sans valeur nutritive, pendant une période d'au moins un mois [1]. Il se détermine fréquemment chez les enfants de plus de 2 ans présentant des troubles du développement ou psychiatriques. Ce comportement peut entraîner des complications graves, notamment digestives [2].

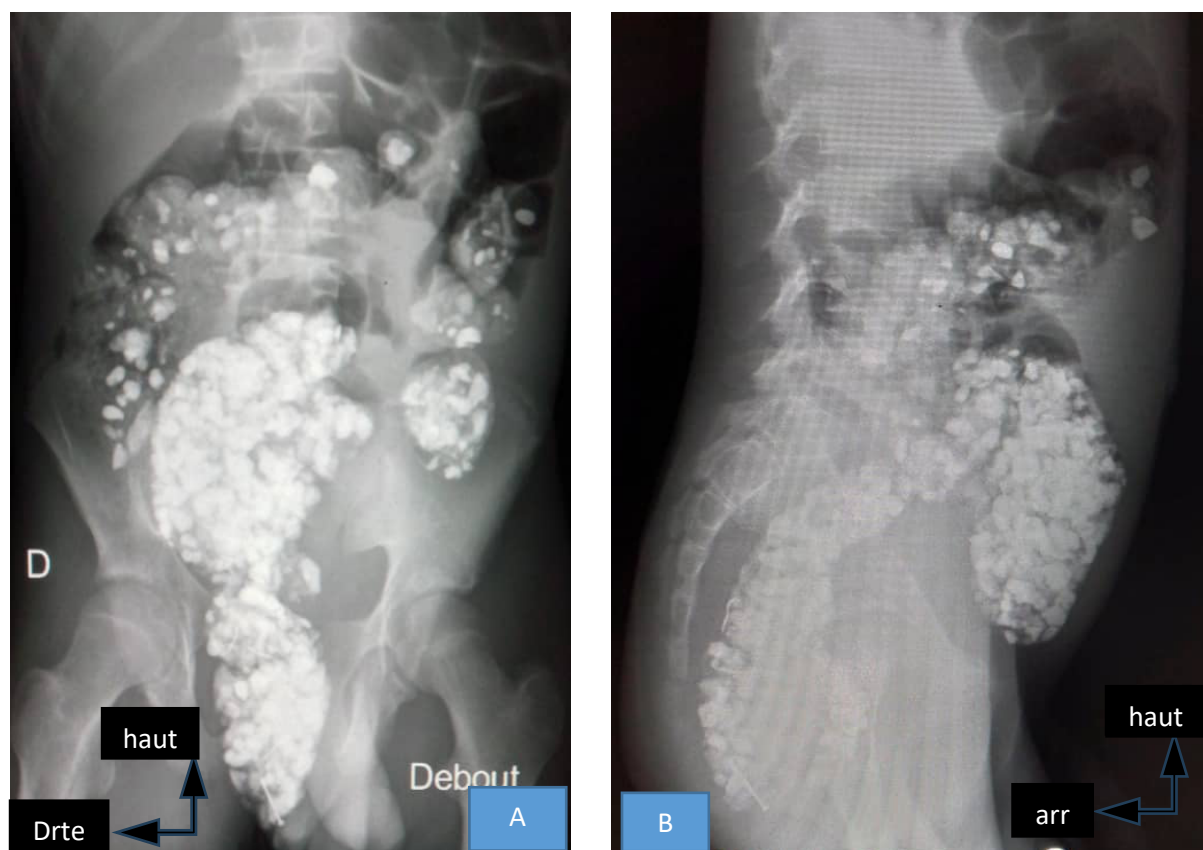
Les auteurs se proposent à travers ce cas observé au Service de Chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville, de relever les aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

## OBSERVATION

L'enfant MKD, garçon de 12 ans, connu pour trouble psychiatrique, était emmené aux urgences chirurgicales du CHU de Libreville pour algies et ballonnements abdominaux évoluant depuis quelques jours. Des épisodes de vomissements étaient signalés depuis la veille de la consultation. L'examen clinique objectivait un état général conservé, un bon état hémodynamique, un météorisme abdominal avec sensibilité hypogastrique. Le toucher rectal était gêné par la douleur ressentie par le patient. Devant ce tableau, le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë était émis. La radiographie abdominale sans préparation objectivait des opacités calciques intra-digestives multiples,

arrondies, disséminées à l'ensemble du tube digestif, quasi obstructives évoquant des amas de cailloux sans pneumopéritoine (figure 1A et 1B). Devant le terrain psychiatrique, le tableau clinique d'occlusion et les résultats de la radiographie, le diagnostic de syndrome de Pica était retenu. Après conditionnement du patient, un traitement médical laxatif était administré en première intention à base de gelée de et de lactulose par voie naso-

gastrique. Une débâcle diarrhéique était obtenue avec émission de gravillons et graviers (figure 2). L'évolution était marquée par un amendement des algies abdominales. Après contrôle radiographique, le tube digestif présentait quelques opacités traduisant la présence résiduelle de cailloux (figure 3). Le patient sortait de l'hôpital au 5<sup>e</sup> jour sous contrôle psychiatrique.



**Figure 1 :** Radiographies de l'abdomen sans préparation : A (de face) ; B (de profil) : mise en évidence d'opacités à tonalité calcique multiples, arrondies contenues dans le tube digestif (Source personnelle : Dr DYATTA MAYOMBO Kévin)



**Figure 2 :** Recueil de gravillons émis au décours d'une débâcle diarrhéique, confirmant le syndrome de Pica.  
(Source personnelle : Dr DYATTA MAYOMBO Kévin)



**Figure 3 :** Radiographie de l'abdomen sans préparation après débâcle diarrhéique. Raréfaction des images calciques évocatrices de graviers.

(Source personnelle : Dr DYATTA MAYOMBO Kévin)

## DISCUSSION

Chez l'enfant, l'âge moyen au moment du diagnostic est de 8,2 ans selon Benabed [1], âge relativement inférieur à celui du patient de l'observation. L'inattention de l'entourage et le repli pourraient expliquer ce retard diagnostique.

Benabed [1] met en avant les troubles psychiatriques comme principal facteur associé au Pica, révèle une prévalence de Pica de 16 %, avec un taux de sous-diagnostic de 67 %, principalement lié à l'absence de dépistage systématique. Ce travail souligne l'importance des antécédents psychiatriques et du suivi spécialisé, ce qui cadre avec le contexte du cas observé.

Le rôle des carences notamment en fer, est noté dans l'apparition du Pica chez les enfants africains [3]. Ces carences peuvent être souvent liées à une alimentation déséquilibrée ou à des pathologies chroniques comme la drépanocytose, les parasitoses intestinales ou les anémies ferriprives, fréquentes dans la sous-région subsaharienne.

Les enfants vivant dans des environnements précaires ou institutionnels sont plus exposés au Pica [4]. Le manque de stimulation, la solitude ou le stress peuvent favoriser l'ingestion de substances non alimentaires comme mécanisme d'auto-apaisement. Ce facteur est particulièrement pertinent pour des patients présentant un trouble psychiatrique et un comportement compulsif.

Le syndrome de Pica se manifeste par une diversité de signes cliniques, souvent méconnus ou attribués à d'autres pathologies digestives ou comportementales. Dans le contexte africain, plusieurs études ont mis en évidence des présentations atypiques, des complications graves et des conséquences nutritionnelles majeures. Les symptômes digestifs sont les plus fréquemment rapportés : douleurs abdominales, vomissements, constipation, météorisme et parfois diarrhée. Dans l'observation présentée, l'enfant a présenté une occlusion intestinale aiguë, révélatrice du trouble, impliquant de fait la douleur abdominale. Ce mode de révélation est rare mais bien documenté dans la littérature [1]. Pour Sawadago et al [2], la péritonite aiguë était le mode de révélation le plus rencontré. Benabed [1] a rapporté que 16 % des enfants drépanocytaires suivis dans quatre CHU français présentaient un Pica, avec

des signes digestifs dominants. L'étude souligne que l'absence de dépistage systématique est responsable du retard diagnostique [1] et donc potentiellement à l'évolution vers des complications digestives à type d'occlusion intestinale comme cela a été le cas dans le cas présenté. En effet, dans le contexte africain, les consultations pédiatriques sont souvent centrées sur les pathologies infectieuses ou nutritionnelles [2].

La nature du produit ingéré est très variable. Le papier et le carton sont les produits le plus souvent consommés, les cailloux et autres produits de la terre sont classés au 3<sup>e</sup> rang [1]. L'ingestion répétée de substances non alimentaires peut entraîner des carences nutritionnelles sévères, notamment en fer, zinc et calcium. Ces carences sont à la fois cause et conséquence du Pica. La carence en fer est l'un des mécanismes les mieux documentés, pouvant déclencher des envies irrépressibles de substances non nutritives [3]. Ces carences sont aggravées par la malabsorption liée à l'encombrement digestif ou à l'irritation chronique de la muqueuse intestinale. Des cas de retard staturo-pondéral et de troubles cognitifs associés à des carences multiples chez des enfants vivant en institution. [4].



Dans certains cas, selon la nature du produit incriminé, le Pica peut être formellement diagnostiquer par l'imagerie médicale. La radiographie permet d'identifier les produits de forte densité calcique ou métalliques, tels des pièces de monnaie [5]. L'imagerie médicale permet également de mettre en évidence un pneumopéritoine en cas de perforation digestive, une redoutable complication du Pica [2].

Au plan thérapeutique, la prise en charge du Pica dépend de la nature, du volume et de la localisation des corps étrangers. Le traitement médical doit être privilégier en première intention. Dans le cas observé, l'approche conservatrice a été privilégiée axée sur un conditionnement et le traitement médical. Elle a été possible car il n'y avait pas de signe d'irritation péritonéal ni de pneumopéritoine à la radiographie.

Dans d'autres situations, l'option chirurgicale a été utilisée vraisemblablement en raison du tableau clinique d'urgence chirurgicale abdominale [2, 5]. La laparotomie médiane exploratrice

avec extraction des substances incriminées, est l'option de choix.

Bien que l'absence de recours chirurgical témoigne de l'efficacité de la prise en charge médicale, le suivi psychiatrique est indispensable [2,5] pour éviter la réapparition du comportement déviant.

## **CONCLUSION**

Le syndrome de Pica est une cause rare d'occlusion survenant sur un terrain psychiatrique. L'ingestion de cailloux n'est pas exceptionnelle. Le traitement médical laxatif doit être utilisé en première intention. En cas de complication, la chirurgie intervient en dernier recours.

## **CONFLIT D'INTERET / CONSIDERATION ETHIQUE**

Les auteurs affirment avoir tous participé à la réalisation de ce travail et ont tous validé la version finale.

Les mesures de confidentialité et les considérations éthiques ont été respectées conformément aux dispositions mises en place par les autorités hospitalières.



## REFERENCES

1. **Benabed K.** Prévalence et sous-diagnostic du syndrome Pica dans la population pédiatrique drépanocytaire de l'inter-région Grand-Ouest de la France : étude PICADREP [mémoire]. Caen : Université de Caen Normandie ; 2022. 35p.
2. **Sawadogo YE, Windsouri.M, Sam A et al.** Lésions digestives par ingestion de corps étrangers chez les patients atteints de Pica. Rev Afr Chir Spéc. 2023;17(1):15.
3. **Uchida T, Kawali Y.** Pagophagia in iron deficiency anemia. Rinsho Ketsueki. 2014;55(4):436-9.
4. **Kouadio DM.** Troubles du comportement alimentaire chez les enfants en Côte d'Ivoire : cas du Pica [thèse]. Abidjan : Université Félix Houphouët-Boigny ; 2022. <https://dicames.online/jspui/bitstream/20.500.12177/7183/1/038%20KOUADIO%20Didier%20Marius.pdf>
5. **Sekiya K, Mori S, OtomoY.** Coin pica-induced gastric perforation resulting from ingestion of 1,894 coins, 8kg in total: case report and review of published works. Acute Med Surg 2027;5(2):177-80.