



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2026, Volume 9
N°1, Pages 1 - 136

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 Ndoeye- **Ophthalmologie**
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
Juin 2026, Volume 9,
N°1, Pages 1 - 136

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@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 : dioufaziz@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

CAS EXCEPTIONNEL D'UNE BALLE LOGÉE DANS LE CAVUM CHEZ UN ENFANT APRÈS UN TIR ACCIDENTEL

EXCEPTIONAL CASE OF A BULLET LODGED IN THE NASOPHARYNX OF A CHILD AFTER AN ACCIDENTAL GUNSHOT.

DIALLO MD¹, THIAM NF¹, ZINIA Z¹, DIOUF K¹.

1 : Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Militaire de Ouakam, BP 3617 Dakar, Sénégal.

Auteur correspondant : Dr Mouhamadou Diouldé DIALLO

Médecin-Capitaine Ancien Interne Des Hôpitaux.

mouhamedDdiallo@gmail.com, TEL: +221773710127 / +221761962944.

Résumé

Les corps étrangers du cavum sont rares, particulièrement lorsqu'ils sont d'origine balistique. Nous rapportons un cas pédiatrique illustrant la tolérance prolongée d'un projectile métallique et les dilemmes éthiques associés au refus parental d'extraction. **Observation :** Une fillette de 10 ans, victime d'un tir accidentel avec une carabine artisanale, présentait un orifice d'entrée au niveau du palais mou sans saignement actif. La tomodensitométrie cervico-faciale a révélé une balle logée dans le cavum, sans lésion osseuse ni cérébrale. Une extraction endoscopique a été proposée mais refusée par les parents malgré une information complète. Un suivi clinique et radiologique régulier a été instauré. Aucune complication infectieuse, neurologique ou inflammatoire n'a été observée après plusieurs semaines d'évolution. La tolérance clinique et radiologique du projectile a motivé la poursuite de la surveillance active. **Conclusion :** Ce cas met en évidence l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire associant prudence médicale et respect des décisions parentales éclairées. En contexte pédiatrique, le refus de soins nécessite une documentation rigoureuse, une concertation éthique et une évaluation continue du rapport

bénéfice/risque afin d'assurer l'intérêt supérieur de l'enfant.

Mots-clés : Balle naso-pharyngée, corps étranger du cavum, refus parental de soins, éthique médicale pédiatrique, surveillance active.

Summary

*Foreign bodies in the nasopharynx are rare, especially of ballistic origin. We report a paediatric case illustrating the prolonged tolerance of a retained bullet and the ethical implications of parental refusal of surgical extraction. **Case Report:** A 10-year-old girl sustained an accidental gunshot wound with a homemade rifle, resulting in a small entry wound on the soft palate. CT scan confirmed a metallic projectile lodged in the nasopharynx without bone or brain injury. Surgical removal was proposed but refused by the parents after full disclosure. The child was placed under active clinical and radiological surveillance.*

No infection, inflammation, or neurological deficit occurred during follow-up. The bullet remained stable and asymptomatic.

Conclusion: *This case highlights the need for a multidisciplinary and ethical*

approach when parental refusal of treatment occurs in paediatric trauma. Continuous follow-up, multidisciplinary consultation, and respect for informed decision-making are essential to balance

medical prudence with the child's best interests.

Keywords: *nasopharyngeal bullet, foreign body, parental refusal, paediatric ethics, active surveillance*

INTRODUCTION

Les corps étrangers du cavum sont rares, surtout lorsqu'ils résultent d'un traumatisme balistique [1]. Ce cas clinique illustre la tolérance inhabituelle d'une balle logée dans le cavum d'un enfant, ainsi que les dilemmes éthiques posés par le refus parental d'extraction chirurgicale.

OBSERVATION

Une fillette de 10 ans, ayant pour seul antécédent une hernie ombilicale opérée, a été victime d'un tir accidentel avec une carabine artisanale appartenant à son père. Le projectile a pénétré par le palais mou, entraînant immédiatement une épistaxis modérée, sans trouble neurologique associé (Figure 1).



Figure 1 : Orifice d'entrée de la balle au niveau du palais mou chez l'enfant, sans saignement actif abondant au moment de l'examen (Source : Photothèque du Service d'ORL, Hôpital Militaire de Ouakam).

Dans son pays d'origine, une tomodensitométrie cervico-faciale réalisée en urgence a objectivé un projectile métallique logé dans le cavum, sans atteinte osseuse ni extension intra-crânienne (Figure 2).

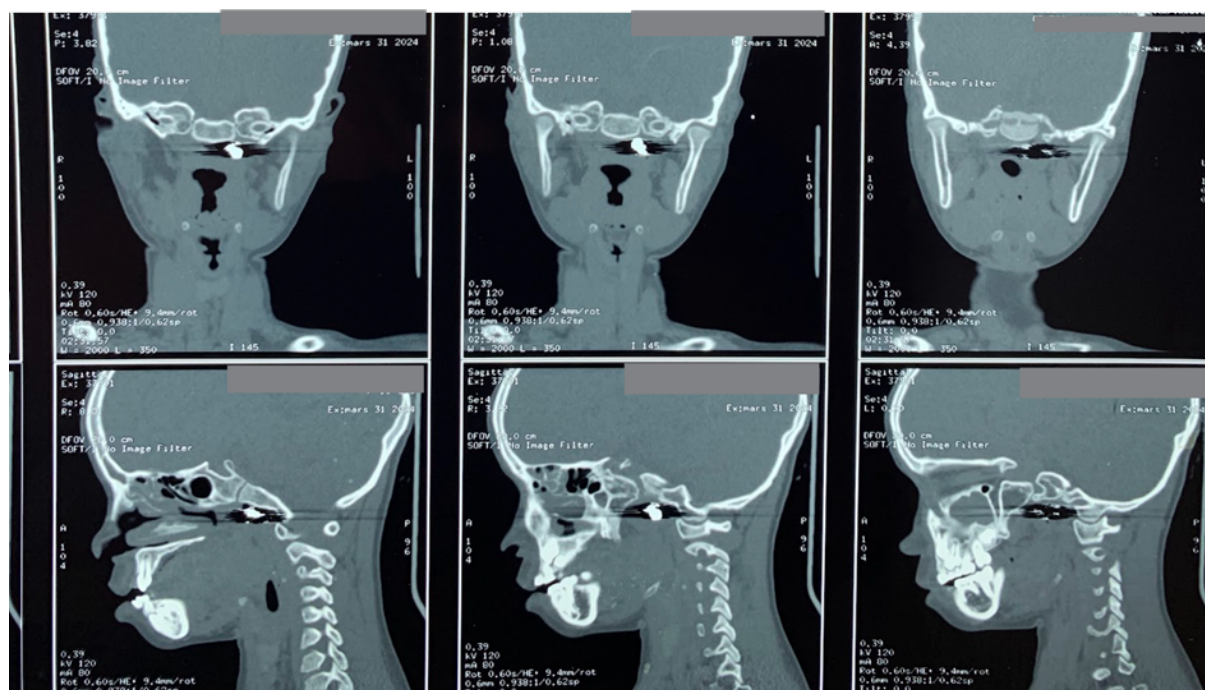


Figure 2 : TDM cervico-faciale montrant un projectile métallique logé dans le cavum, sans lésion osseuse ni cérébrale associée (coupes coronales et sagittales) (Source : Photothèque du service d'ORL, Hôpital Militaire de Ouakam).

Une extraction chirurgicale avait alors été proposée mais refusée par les parents. Cinq semaines après le traumatisme, l'enfant a été admise dans notre service pour évaluation spécialisée. À l'examen clinique, elle était asymptomatique, l'examen ORL ne retrouvant qu'une cicatrice du voile du palais, sans signe infectieux ni neurologique (Figure 3).

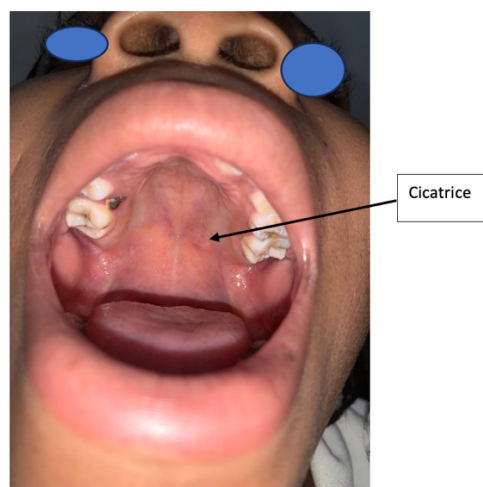


Figure 3 : Aspect cicatriciel du palais mou plusieurs semaines après la blessure, montrant la bonne cicatrisation de l'orifice d'entrée sans signe d'infection ni d'inflammation locale (Source : Photothèque du service d'ORL, Hôpital Militaire de Ouakam).

Une TDM de contrôle a confirmé la persistance du projectile au niveau du

cavum, en position stable, sans lésion osseuse, vasculaire ou intra-crânienne associée.

Après concertation multidisciplinaire réunissant ORL, anesthésiste et neurochirurgien, une extraction endoscopique du projectile a été proposée. Cependant, les parents ont de nouveau refusé l'intervention.

Devant l'absence de symptomatologie et le refus parental, une surveillance clinique et radiologique régulière a été instaurée.

DISCUSSION

Prise en charge des corps étrangers du cavum

Les corps étrangers du cavum représentent une situation clinique exceptionnelle en pratique ORL, particulièrement chez l'enfant. Leur étiologie est le plus souvent accidentelle (objets insérés par jeu, débris alimentaires, corps étrangers inhalés), mais l'origine balistique est rarissime. La littérature décrit peu de cas de balle logée dans le naso-pharynx, encore moins dans la population pédiatrique. Cette localisation, située à proximité de structures vasculaires et nerveuses majeures, confère à ces situations un risque anatomique élevé.

La prise en charge de ces corps étrangers repose généralement sur une extraction rapide et sécurisée, afin de prévenir les complications telles que l'infection, l'érosion vasculaire, la migration ou la formation d'un granulome chronique [1,2]. Alshehri et al. ont rapporté le cas d'un corps étranger métallique fortuitement découvert dans le cavum d'un enfant, rapidement retiré pour éviter toute complication secondaire [3]. De même, Idowu et al. décrivent une extraction chirurgicale sous anesthésie d'un corps étranger nasopharyngé chez un nourrisson de 14 mois [4]. Ces observations confortent la

stratégie d'extraction précoce, particulièrement en pédiatrie, où le risque d'évolution défavorable est plus marqué du fait de la fragilité anatomique et de la difficulté de surveillance prolongée. Cependant, certains auteurs soulignent que les objets métalliques inertes, bien tolérés et asymptomatiques, peuvent être laissés en place sous surveillance rigoureuse [5,6]. Freni et al. ont décrit un cas exceptionnel d'objet métallique demeuré 60 ans dans le nasopharynx sans complication notable [5]. Cette tolérance prolongée s'expliquerait par l'inertie chimique du métal et l'absence de réaction inflammatoire. Dans notre observation, la balle, stable à la TDM et sans signe d'infection ou d'érosion, présentait les mêmes caractéristiques d'inertie. Ainsi, la stratégie prudente de surveillance active, associée à une documentation complète du consentement parental, apparaissait justifiée.

La rareté d'un projectile balistique dans le cavum chez un enfant confère à ce cas une valeur clinique et scientifique particulière. Les publications existantes concernent principalement des adultes ou des localisations différentes (sinus, orbite, base du crâne) [2,5].

À notre connaissance, il s'agit du premier cas africain rapporté de balle nasopharyngée pédiatrique bien tolérée, sans complication infectieuse ni neurologique.

Enjeux éthiques et médico-légaux

Ce cas soulève des questions éthiques centrales, à la frontière entre autonomie parentale et devoir de bienfaisance médicale. En pédiatrie, le consentement parental est requis pour tout acte médical, mais il ne saurait primer sur la protection de l'enfant. La Convention relative aux droits de l'enfant (ONU, 1989) et la Charte africaine du bien-être de l'enfant (OUA, 1999) stipulent que l'intérêt supérieur du

mineur doit guider toute décision thérapeutique [7,8].

Le refus parental de soins ne peut être accepté que s'il ne met pas la vie ou la santé de l'enfant en danger immédiat. Le médecin doit alors assurer un suivi rapproché, informer la famille des risques potentiels et consigner la décision dans le dossier médical [9–11].

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (France, 2022) rappelle d'ailleurs que « le praticien doit tout mettre en œuvre pour convaincre les parents d'accepter les soins nécessaires, mais ne peut passer outre leur refus que si la santé du mineur est gravement menacée » [12].

Dans le présent cas, le refus d'extraction n'exposait pas l'enfant à un danger immédiat : absence de signe infectieux, stabilité du projectile, et bon état général. Le choix d'une surveillance collégiale documentée respectait ainsi les principes de bienfaisance, d'autonomie familiale et de non-malfaisance. La traçabilité du refus éclairé et la concertation pluridisciplinaire (ORL, anesthésiste, neurochirurgien) étaient essentielles pour sécuriser la décision. Cette démarche est conforme aux recommandations éthiques internationales et à la responsabilité déontologique du médecin envers les mineurs.

Comparaison avec des cas similaires

Les cas publiés dans la littérature concernent le plus souvent des corps étrangers non balistiques (billes, pièces de monnaie, fragments de jouets). L'atteinte par balle dans le cavum d'un enfant reste exceptionnelle : aucun cas similaire

pédiatrique n'a été identifié à ce jour [13]. Cette rareté tient à la fois à la faible probabilité anatomique de trajectoire ascendante d'un projectile vers le nasopharynx et à la mortalité élevée des traumatismes balistiques crâniens dans cette tranche d'âge. Notre observation démontre qu'en présence d'un projectile inerte, non migré et asymptomatique, une tolérance prolongée est possible, à condition d'un suivi strict.

Elle met également en lumière la nécessité de protocoles adaptés aux contextes africains, où la disponibilité d'une prise en charge chirurgicale immédiate ou d'un encadrement médico-légal structuré peut être limitée. La décision de ne pas extraire, lorsqu'elle est collégiale, documentée et conforme à l'intérêt supérieur de l'enfant, peut être considérée comme une option éthique et clinique valide, dès lors que les conditions de surveillance et de dialogue avec la famille sont réunies.

CONCLUSION

Ce cas illustre une situation exceptionnelle alliant complexité anatomique, rareté balistique et enjeux éthiques. Il souligne la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, d'un suivi clinique régulier, et d'une communication constante avec la famille.

Le respect du refus parental, en l'absence de danger immédiat, s'intègre dans une démarche éthique responsable, fondée sur la prudence, la transparence et la bienveillance médicale.

REFERENCES

1. **Paladin I, Mizdrak I, Gabelica M, Golec Parčina N, Mimica I, Batinović F et al.** Foreign bodies in pediatric otorhinolaryngology. A review. *Pediatr Rep* 2024;16(2):504-18.
2. **Velasco GC, Ambrocio GMC.** Bullet slug in the ethmoid sinus. A case report. *Otolaryngol Case Rep* 2021;21:100352.
3. **Alshehri WM, Al-Qahtani B.** A rare incidental finding of a foreign body in the nasopharynx during adenotonsillectomy. *Case Rep Otolaryngol* 2018;2018:8361806.
4. **Idowu JA, Akinde DE, Nzekwe SC.** A case report of a nasopharyngeal foreign body in a toddler. *Ann Health Res* 2024;10(4):442-5.
5. **Freni JK.** An unusual long-standing metallic foreign body in the nasopharynx in an adult. *Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 2021;7(3):513-5.
6. **Kwon B, Choi Y, Kim SK, Hong SJ, Kim YB, Hong SM.** Ear, nose, and throat foreign bodies in children. A retrospective study. *Children (Basel)* 2022;9(1):63.
7. **Nations Unies.** *Convention relative aux droits de l'enfant* [Internet]. New York : Organisation des Nations Unies; 1989 [cité 21 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/wp-content/uploads/2022/07/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
8. **Organisation de l'Unité Africaine.** *Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant* [Internet]. Addis-Abeba : Union Africaine; 1999 [cité 21 oct 2025]. Disponible sur : https://au.int/sites/default/files/pages/32903-file-african_charter_on_the_rights_welfare_of_the_child_english.pdf
9. **Frasier LD, Smith N, Crowell K.** When medical care and parents collide. Parents who refuse testing and/or treatment for children. *J Child Adolesc Trauma* 2019;13(3):277-84.
10. **Diekema DS.** Parental refusals of medical treatment. The harm principle as threshold for state intervention. *Theor Med Bioeth* 2004;25(4):243-64.
11. **American Medical Association.** *Code of Medical Ethics: Pediatric decision-making* [Internet]. Chicago : AMA; 2020 [cité 21 oct 2025]. Disponible sur : <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/sites/amacoedb/files/2022-08/2.2.1.pdf>
12. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *Prise en charge des patients mineurs – Article 42 du Code de déontologie médicale* [Internet]. Paris : CNOM; 2022 [cité 21 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-42-soins-mineurs-majeurs-protection-juridique>
13. **Sagar P, Bhardwaj V, Lepcha SC, J AE.** Bolted in the nasopharynx. Case report of an unusual foreign body in a child. *Int J Contemp Pediatr* 2024;11(12):1834-6.