



## TORSIONE DEL TESTICOLO

M C 12/05 U

### Inquadramento generale

La torsione del funicolo spermatico sul suo asse compromette il flusso venoso di ritorno del testicolo che può giungere rapidamente sino all'occlusione venosa alla quale conseguono ben presto danni ischemici significativi a carico del testicolo stesso.

Si presenta come un dolore scrotale violento accompagnato da nausea e colpisce soprattutto l'adolescente. Si determina per la lunghezza patologica del *gubernaculum testis* (appendice fibrosa che fissa il testicolo alla borsa) che conduce alla rotazione del funicolo da cui deriva prima l'ischemia parenchimale e subito dopo l'infarcimento emorragico. Non è rara nell'infanzia e può presentarsi fra i 20 e 40 anni; si può distinguere in torsione intravaginale ed extravaginale, senza apparenti ragioni e predilezioni.

Alla visita si riscontra un testicolo dolorante, altopositivo con aumento di volume per la comparsa di idrocele. La storia clinica di questi pazienti ricorda episodi di torsione incompleta risoltisi spontaneamente.

### L'informazione al paziente

Ancora oggi molti pazienti giungono tardivamente alla diagnosi (che poi consente la risoluzione clinica della malattia) poiché viene sottovalutato il dolore scrotale oppure non viene eseguito l'ecocolordoppler, accertamento indispensabile alla diagnosi obiettiva certa.

La terapia è chirurgica e deve essere instaurata entro sei ore dall'inizio dei sintomi per evitare le gravi complicanze anatomiche e funzionali del testicolo interessato.

Attraverso un'incisione longitudinale alta dell'emiscroto si procede a derotazione e fissazione del testicolo alla tunica vaginale e al rafe mediano. La fissazione deve essere bilaterale; la fissazione controlaterale è una misura di prevenzione da non tralasciare per impedire un identico episodio di torsione sull'identica base eziopatologica.

Nel caso siano trascorse più di sei ore dall'insorgenza del dolore si verifica l'infarcimento emorragico non risolvibile. In questa fase è sconsigliabile ogni intervento chirurgico sul testicolo colpito, in quanto la detorsione del funicolo non apporterebbe giovamento al trofismo testicolare: è bene tuttavia fissare il testicolo adelfo.

### Rischi e complicanze

La perdita della funzionalità testicolare e dell'integrità anatomica sino all'atrofia rappresentano gravi complicanze della torsione testicolare.

E' bene, perciò, correttamente valutare il dolore scrotale acuto con un'adeguata visita specialistica d'urgenza accompagnata dalla esecuzione di un ecocolordoppler funicolare per dimostrare l'eventuale riduzione del flusso ematico arterioso, sino a giungere all'intervento chirurgico esplorativo.



## **Alternative proponibili al paziente**

Entro le 6 ore dall'inizio dei sintomi è corretto intervenire per eseguire la derotazione del testicolo torto e la fissazione bilaterale. Oltre tale limite di tempo si pratica la fissazione del testicolo adelfo; mentre nei casi di atrofia consolidata viene proposta l'orchietomia e l'applicazione di protesi testicolare in silicone.

### *In breve*

Il dolore scrotale acuto, senza febbre, con testicolo altopositivo è quasi sempre dovuto, nel giovane, a una torsione del testicolo.

Si deve perciò intervenire d'urgenza per la derotazione del testicolo affetto e la fissazione testicolare bilaterale. I casi a diagnosi tardiva vanno incontro all'atrofia.



## Modulo di consenso informato

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che il Dr. ....  
mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali alternative possibili nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.

Sono in particolare stato informato che gli interventi per patologia benigna del testicolo vengono eseguiti allo scopo di trattare le seguenti patologie:

- varicocele;
- idrocele;
- torsione del testicolo;
- criptorchidismo.

Mi viene inoltre riferito:

- che l'intervento se esegue mediante anestesia locale o generale;
- che sarò visitato da un anestesista al fine di accertare che non sono presenti eventuali controindicazioni all'esecuzione dell'intervento;
- che durante l'intervento il mio ritmo cardiaco e la pressione arteriosa saranno tenuti costantemente sotto controllo.

Sono stato inoltre informato:

- delle complicanze più frequenti dell'intervento;
- dei rischi specifici legati all'intervento;



-del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Sono stato infine informato che la NON ESECUZIONE dell'intervento determina una incompletezza nella terapia.

Mi impegno pertanto fin da ora a seguire scrupolosamente tutte le istruzioni fornitemi, in quanto ne comprendo l'importanza per il raggiungimento dei risultati.

Mi viene confermato che sarà presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo aver ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Io sottoscritto

.....

nato il .....

letto quanto sopra con quanto allegato e ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** ad essere sottoposto a **INTERVENTO PER PATOLOGIA BENIGNA DEL TESTICOLO.**

SITO INTERVENTO

LATO INTERVENTO

--	--

data .....

Firma del paziente .....

Sottoscrive il sanitario che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni .....

