

Les torsions du cordon spermatique chez l'adulte

Emmanuel DELLA NEGRA, Maël MARTIN, Stéphane BERNARDINI, Hugues BITTARD

Service d'Urologie-Andrologie, Hôpital Saint-Jacques, Besançon, France

RESUME

Buts : Cette étude rétrospective, menée de janvier 1988 à décembre 1998, a pour objectif de démontrer que l'examen clinique est suffisant pour prendre en charge les patients porteurs d'une torsion du cordon spermatique.

Matériel et Méthodes : 72 patients, admis avec le diagnostic présomptif de torsion du cordon spermatique après examen clinique, ont eu une chirurgie en urgence par abord scrotal. Lorsque le diagnostic chirurgical était en faveur, les patients ont bénéficié d'une orchidopexie. Nous avons organisé notre série suivant le diagnostic en 2 groupes torsion et non torsion. Nous avons défini deux sous groupes issus du groupe torsion, le sous groupe orchidectomie et le sous groupe non orchidectomie.

Résultats : Dans 70,8% des cas, la suspicion de torsion du cordon spermatique s'est révélée exacte. La mortalité et la morbidité pour les patients opérés à tort s'est révélée nulle.

L'étude de la sensibilité (Se) et de la valeur prédictive positive (VPP) des signes cliniques a permis de délimiter un groupe d'hommes nécessitant une exploration chirurgicale en urgence. Il s'agit d'un homme présentant une douleur scrotale en l'absence de signes urinaires (Se=98%,VPP=72%), une bandelette urinaire négative (Se=97%,VPP=71%), avec une douleur qualifiée de violente (Se=80%,VPP=76%), un testicule ascensionné (Se=62%,VPP=86%) et un stade suraigu (Se=68%,VPP=79%). Le seul facteur péjoratif retrouvé lors d'une nécrose testiculaire est le délai de prise en charge supérieur à 6 heures. La durée d'hospitalisation ($p<0,041$) et les complications ($p<0,023$) sont plus importantes dans le sous groupe orchidectomie par rapport au sous groupe non orchidectomie.

Conclusion : Cette étude rétrospective confirme, que l'examen clinique est suffisant pour une bonne prise en charge des torsions du cordon spermatique chez l'adulte et que le moindre doute justifie une exploration chirurgicale en urgence.

Mots clés : Torsion du cordon spermatique, adulte, facteurs pronostiques, urgence chirurgicale.

La torsion du cordon spermatique est un diagnostic rare (1 cas sur 4000) qui doit systématiquement être évoqué devant une douleur scrotale aiguë de l'adulte jeune.

Seul un geste chirurgical rapide permet de rétablir le flux sanguin intra-testiculaire et de prévenir la récurrence.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de notre prise en charge de cette pathologie en étudiant de façon rétrospective une série de 72 patients opérés avec le diagnostic de suspicion de torsion du cordon spermatique. Nous définirons un profil clinique en calculant la sensibilité et la valeur prédictive de chaque signe clinique et évaluerons la mortalité et la morbidité des patients opérés à tort.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude rétrospective a été menée de janvier 1988 à décembre 1998. La série est composée de patients adultes opérés en urgence avec le diagnostic de suspicion de torsion du cordon spermatique.

Le diagnostic a été posé sur des critères anamnestiques et cliniques.

Manuscrit reçu : janvier 2000, accepté : février 2000.

Adresse pour correspondance : Dr. E. Della Negra, Service d'Urologie-Andrologie, Hôpital Saint-Jacques, 2, rue Saint-Jacques, 25030 - Besançon Cedex.

Tableau 1. Répartition des patients opérés en urgence avec le diagnostic supposé de torsion du cordon spermatique.

72 (100%) patients				
Non torsion			Torsion	
21 (29,2%) patients			51 (70,8%) patients	
Orchi-épididymites	Hydatides	Tumeur	Non orchidectomie	Orchidectomie
18 (85,7%) patients	2 (9,5%) patients	1 (4,8%) patients	43 (84,3%) patients	8 (15,7%) patients

Le recueil des données a été réalisé grâce aux dossiers médicaux archivés qui comportaient à chaque fois l'observation du patient, les différents examens paramédicaux et le compte-rendu opératoire.

Cela a permis d'inclure 72 patients de moyenne d'âge 22,2 ans \pm 7,8. Tous les patients ont été opérés en urgence par voie scrotale par une incision unique sur le raphé médian. Le testicule douloureux est toujours exploré en premier. Si le testicule paraît viable et en l'absence d'autre diagnostic, il est fixé par trois points non résorbables au niveau de la vaginale. Dans un deuxième temps, par la même voie d'abord, on explore le testicule controlatéral, qui est à son tour systématiquement fixé par la même technique.

Une orchidectomie est réalisée en l'absence de recoloration après 10 minutes d'observation minimum et après échec des manoeuvres de revitalisation. Un examen anatomopathologique est toujours réalisé.

Lorsque le diagnostic d'orchépididymite est retenu, la vaginale est refermée sans fixation du testicule et une antibiothérapie est débutée en post-opératoire et un bilan étiologique est demandé.

Notre série est composée de deux groupes. Nous appelons groupe "torsion", les torsions constatées chirurgicalement et nous y incluons sans les différencier les torsions réduites spontanément. Le groupe "non torsion" est composé des orchépididymites, de deux torsions d'hydatide et d'une tumeur du testicule (Tableau 1)

Dans le groupe torsion, on individualisera deux sous-groupes. Un sous-groupe "orchidectomie" représenté par les patients victimes d'une orchidectomie. Un sous-groupe " non orchidectomie " constitué de patients ayant pu garder leurs testicules (Tableau 1).

Notre étude s'intéressera principalement au groupe torsion du cordon spermatique. Le groupe non torsion n'est pas une population représentative, l'indication chirurgicale constituant un biais de sélection.

Nous estimons que le groupe torsion est représentatif de la population torsion du testicule, car il n'y a pas eu, à notre connaissance, de défaut diagnostic pour cette pathologie durant cette période. Le test de Chi2 et le

test t ont été utilisés pour les comparaisons statistiques. Les différences étaient considérées comme significatives si p était inférieur à 0,05.

Il est possible de calculer pour chaque signe la valeur prédictive positive, ce qui n'est pas réalisable pour la valeur prédictive négative et la spécificité, ne connaissant pas les vrais négatifs.

RESULTATS

Nous avons classé le mode d'évolution arbitrairement en trois stades (stade suraigu, stade subaigu et stade chronique) suivant que l'apparition des signes cliniques était rapide ou non. Lorsque la douleur survenait en quelques minutes, on classait le mode d'évolution en stade suraigu, en mode aigu lorsqu'elle s'installait en plus d'une heure et en mode chronique pour les délais supérieurs. Dans le groupe torsion, on observe une majorité de stades suraigus (68,6%), une atteinte prédominant du côté gauche (52,9%), mais la différence n'est pas significative ($p=0,78$). A l'interrogatoire, les patients décrivent une douleur qualifiée de violente dans 80,4% des cas, une absence de signes urinaires (brûlures, pollakiurie) dans 98% des cas.

A l'examen clinique, on retrouve un testicule ascensionné dans 62% des cas. Sur le plan biologique, la bandelette est jugée normale dans la majorité (97,9%) des cas.

Concernant le délai opératoire entre le début de la douleur et l'acte opératoire, il apparaît dans la série que moins de la moitié des patients est opérée avant la sixième heure (43,1%). Dans le groupe torsion, la tendance est inverse avec 51% des patients opérés avant la sixième heure. Dans le groupe non torsion la majorité est opérée après la sixième heure (76,2%). La différence est significative ($p=0,034$).

Dans le groupe torsion, tous les patients ont eu une orchidopexie unilatérale en cas d'orchidectomie et bilatérale en cas de conservation du testicule.

La durée d'hospitalisation pour les 72 patients s'élève

Tableau 2. Sensibilité et valeur prédictive positive pour chaque signe clinique classé par pourcentage décroissant.

Torsion	Sensibilité	Valeur prédictive positive
Pas de signes urinaires	98%	72%
Bandelette positive	97%	71%
Douleur violente	80%	76%
Testicule ascensionné	62%	86%
Stade suraigu	68%	79%
Volume testiculaire	65%	69%
Circonstances déclenchantes	32%	93%
Episodes identiques	43%	69%
Tuméfaction scrotale	23%	80%
Nausées, vomissements	0,1%	100%
Inflammation scrotale	0,1%	71%

en moyenne à 4,5 jours, la moitié durant moins de 4 jours. Il n'existe pas de différence significative ($p=0,70$) entre les deux groupes torsion et non torsion chez qui on retrouve respectivement une durée moyenne de 4,4 jours et 4,7 jours.

Parmi les patients opérés en urgence, 6,9% des patients ont présenté une complication post-opératoire. On ne retrouve pas de complication dans le groupe non torsion alors que le pourcentage de complications dans le groupe torsion s'élève à 9,8%. Cette différence reste non significative ($P=0,32$).

Dans le sous groupe orchidectomie, on n'observe aucune orchidectomie qui soit survenue avant la sixième heure. A noter que 39,5% des patients opérés après la sixième heure ont pu conserver leur testicule et que aucun patient n'a perdu son testicule avant la sixième heure. Il existe une différence significative entre les deux sous groupes ($p<0,006$).

Par ailleurs, on trouve une durée d'hospitalisation et un nombre de complications supérieurs dans le sous groupe orchidectomie par rapport au sous groupe non orchidectomie. Cette supériorité est significative avec respectivement 6 jours et 4,3 jours en moyenne pour l'hospitalisation ($p<0,041$) et 33% et 3% pour les complications ($p<0,023$).

Le calcul de la sensibilité (Se) et de la valeur prédictive positive (VPP) pour chaque signe étudié ont été calculés dans le groupe torsion. Ceci nous a permis d'isoler 5 signes présentant les meilleurs valeurs de Se et VPP : l'absence de signes urinaires, la bandelette négative, une douleur qualifiée de violente, un testicule ascensionné et un stade suraigu (Tableau 2).

DISCUSSION

La forte proportion de torsions du cordon spermatique par rapport à la littérature, habituellement de 30 à 50% [4, 16], vient de la particularité de cette série qui ne concerne que des adultes jeunes. On peut avancer deux explications:

- L'interrogatoire et l'examen clinique est plus fin chez les adultes que chez les enfants.

- La torsion d'hydatide n'existe quasiment pas chez l'adulte jeune.

Cette constatation est démontrée dans la série de BEN-CHAIM [2] qui retrouve une proportion de 34% de torsion du cordon spermatique s'il ne tient pas compte de l'âge et une proportion de 88% s'il prend les patients ayant un âge supérieur à 22 ans.

Le coté gauche est le plus souvent atteint, comme le montre l'étude de McCOMBE et SCOBIE [11], MIZRAHI [13] et WITHERINGTON et JARRELL [18]. Dans le groupe torsion, il n'y a pas de différence significative entre les deux cotés bien que l'on note une petite majorité à gauche. Sur le plan physiopathologie, aucun auteur n'avance d'explication convaincante en dehors de l'équipe israélienne de BEN-CHAIM [2]. Ces auteurs rendent responsable la longueur du cordon à gauche qui est habituellement plus long et donc plus susceptible de se tordre. D'autres auteurs affirment le contraire avec une prédominance en faveur du coté droit [5]. Face au risque admis qui existe sur le testicule contralatéral chez un patient présentant une torsion du cordon spermatique, il semble difficile d'admettre une prédominance sur l'un des cotés. Les résultats de notre série semblent aller dans ce sens en retrouvant une différence non significative entre les deux cotés.

La douleur scrotale aiguë est un signe habituellement rencontré dans la torsion du cordon spermatique [14]. Il est présent chez 62% dans la série de MELEKOS [12] et 72% dans la série de WILLIAMSON [17].

Dans notre étude, 80,4% des patients se présentent avec une douleur violente dans le groupe torsion.

Les signes urinaires ne sont habituellement pas présents dans les torsions du cordon spermatique. Sur les 51 torsions opérées, il y avait seulement 2% qui présentaient des signes urinaires. Les seules manifestations étaient des brûlures mictionnelles sans autre point d'appel. On peut conclure que l'absence de signes urinaires est la règle face à une torsion du cordon spermatique [9].

La recherche d'un testicule ascensionné doit être systématique chez un adulte jeune présentant une douleur scrotale [18]. Il conforte la théorie de l'anomalie d'implantation des muscles crémasteriens responsable pour certains de la torsion du cordon spermatique, ainsi que l'anomalie

architecturale décrite comme "un bâton de cloche" [3]. Dans notre série, on retrouve ce signe chez 62,7% des patients présentant une torsion. Les deux études de WITHERINGTON [18] et MELEKOS [12] notent la présence d'un testicule ascensionné chez 100% des patients.

La bandelette urinaire est réalisée chez nous de façon systématique. Elle permet, à moindre coût, d'obtenir une idée sur un point d'appel infectieux urinaire. Dans notre série tous les patients sauf quatre ont pu obtenir une bandelette urinaire. Dans la majorité des cas la bandelette était normale (97,1%) sachant que chaque bandelette donne une information sur la protéinurie, la leucocyturie, l'hématurie, les nitrites, le ph, la glycosurie. Dans 1 cas (2,1%), lors d'une torsion, la bandelette présentait une ou plusieurs anomalies. Peu d'auteurs décrivent l'utilisation de bandelettes, car il s'agit vraisemblablement d'une habitude moins employée chez les pédiatres, chez qui le diagnostic d'orchépididymite infectieuse est beaucoup plus rare. WITHERINGTON [18], qui propose une série de patients adultes, retrouve également une faible proportion de bandelettes positives. CASS [4] retrouve les mêmes constats avec 100% de bandelettes normales sur sa série d'enfants présentant une torsion du cordon spermatique.

Nous avons été surpris, lors de l'analyse de la série, d'observer que plus de la moitié des interventions (56,9%) avaient eu lieu après la sixième heure. Il est intéressant, pour mieux cerner le problème, de séparer les deux groupes. Dans le groupe torsion, il apparaît qu'un peu plus de la moitié est opérée avant la sixième heure. Le deuxième groupe se retrouve avec une majorité (76,2%) des patients opérés après la sixième heure. La différence entre les deux groupes est significative ($p < 0,05$). L'explication repose sur le grand nombre de tableaux atypiques ayant posé des problèmes de diagnostic dans le groupe non torsion et ainsi retardé la prise en charge chirurgicale.

Le délai de six heures est une notion statistique et non pas un délai de sécurité. WILLIAMSON [17], qui a repris toutes les torsions du cordon spermatique dans cinq hôpitaux en Angleterre, note que la quasi totalité des testicules perdus le sont après la sixième heure. Dans sa discussion, il fait apparaître deux éléments importants. Aucun testicule n'a pu être sauvé après la quarante huitième heure. Deux testicules ont été perdus à la quatrième heure et à la sixième heure. Concernant les deux testicules perdus avant la sixième heure, l'auteur avance le nombre de tours de spires supérieur à 120° comme responsable d'une ischémie redoutable.

On retiendra que devant la notion d'une torsion du cordon spermatique, aucun retard de pourra être justifié et que seule une intervention rapide pourra garantir au mieux la viabilité de la glande.

Tous les patients ayant présenté une torsion du cordon spermatique ont bénéficié d'une orchidopexie bilatérale

le préventive par trois points reliant l'albuginée aux enveloppes scrotales avec du monofilament non résorbable (4/0). Il nous apparaît essentiel de fixer le testicule controlatéral chez l'adulte jeune car il s'agit exclusivement de torsions intravaginales. La torsion, liée principalement à une anomalie architecturale, est rarement unilatérale comme le montre deux études de l'équipe de KAPLAN [6] et de l'équipe de KUNTZE [7].

Nous avons choisi l'orchidopexie par fil non résorbable, plutôt que des techniques d'exclusion de la vaginale (10) qui sont aussi efficaces et peut-être moins traumatiques pour le testicule, car le geste est plus rapide et les suites opératoires plus simples.

Nous préférons l'orchidopexie controlatérale sous contrôle de la vue, seule garantie d'une bonne fixation plutôt que des points trans scrotales comme le réalise MELEKOS [12].

Par simplicité chirurgicale nous choisissons systématiquement une voie scrotale par une incision unique sur le raphé médian. Il est vrai qu'il existe un risque face au testicule tumoral. Dans notre série nous avons à déplorer un seul incident. Il s'agissait d'une hémorragie intratumorale se manifestant sous la forme d'une douleur scrotale violente. Dès le constat, nous avons converti l'intervention par abord des vaisseaux en inguinal et réalisé l'orchidectomie. Avec un recul de trois ans, le patient est actuellement en rémission complète.

Dans la littérature on retrouve cinq cas de torsion associées à une tumeur [8], dont un cas rapporté opéré par voie scrotale sans que le pronostic ne soit changé pour le patient [8].

Prendre le risque de ne pas diagnostiquer et traiter une torsion du cordon spermatique est une situation inacceptable pour les patients et peut entraîner des conséquences médico-légales [15] pour le thérapeute. Par un examen clinique attentif nous estimons pouvoir atteindre une sensibilité de 100%. En 10 ans nous n'avons pas vu revenir des patients porteurs d'une torsion vieillie. On relèvera qu'il n'y a pas eu de mortalité ni de morbidité pour les patients opérés à tort.

L'étude systématique de la sensibilité et la valeur prédictive positive de chaque signe nous permet de réaliser un profil clinique.

Il faut savoir évoquer systématiquement une torsion du cordon spermatique devant un adulte présentant une douleur scrotale qui allie:

- Absence de signes urinaires;
- Bandelette urinaire négative;
- Douleur violente;
- Testicule ascensionné;
- Stade suraigu.

Tableau 3. Comparaison de la durée d'hospitalisation et des complications post-opératoires entre les sous groupes orchidectomie et non orchidectomie.

Groupe torsion	Orchidectomie	Non orchidectomie	Différence significative
Complications	3 (37,5%)	2 (4,7%)	
Pas de complications	5 (62,5%)	41 (95,3%)	p<0,023
Durée d'hospitalisation	6,1 jours	4,2 jours	p<0,041
Total	8 (100%)	43 (100%)	

L'orchidectomie représente l'échec de cette prise en charge. Elle concerne 15,7% du groupe torsion (84,3% des testicules ont été sauvés après détorsion). Les résultats retrouvés sont comparables à des études effectuées sur des patients adultes. Par rapport aux séries d'enfants, les séries d'adultes montrent des meilleurs scores de sauvetage testiculaire. Dans les séries concernant des enfants de ALLEN [1] et de WILLIAMSON [17], ces auteurs retrouvent respectivement 20% et 55% de testicules préservés.

Le seul facteur prédictif, face à la nécrose testiculaire, est le délai de prise en charge. La sixième heure semble être la limite supérieure après laquelle on voit apparaître des nécroses testiculaires dans notre série (P<0,006). Il n'existe pas d'autres arguments péjoratifs.

Il y a significativement (p=0,041) plus de complications dans les suites opératoires d'une orchidectomie que lors d'une conservation testiculaire. Les complications n'ont jamais nécessité une reprise chirurgicale et ils s'agissaient pour tous les cas de retard de cicatrisation.

Ceci est confirmé par la durée d'hospitalisation qui est significativement plus longue (p<0,05) (Tableau 3). La littérature ne fait pas écho de complications supérieures lors d'une orchidectomie, mais on peut imaginer que l'inflammation engendrée par l'ischémie du testicule puisse avoir un retentissement sur la bonne cicatrisation des enveloppes scrotales.

CONCLUSION

La torsion du cordon spermatique reste un diagnostic trop souvent oublié face à une douleur scrotale aiguë chez un adulte .

Par une attitude simple clinique, nous pouvons remplir les conditions posées par cette pathologie. Dans 70,8% des cas, la suspicion de torsion du cordon spermatique

s'est révélée exacte. La mortalité et la morbidité pour les patients opérés à tort s'est révélé nulle.

L'étude des signes cliniques a montré qu'il y a 5 signes qui s'imposent à nous. Le profil clinique est un homme présentant une douleur scrotale en l'absence de signes urinaires, une bandelette urinaire négative, avec une douleur qualifiée de violente, un testicule ascensionné et un stade suraigu.

Le seul facteur péjoratif retrouvé lors d'une nécrose testiculaire est le délai de prise en charge supérieur à 6 heures.

La seule attitude défendable est l'exploration au moindre doute et tous examens paracliniques qui retardent le geste opératoire ne peuvent se justifier.

REFERENCES

- ALLEN T.D., ELDER J.S. : Shortcomings of color doppler sonography in the diagnosis of testicular torsion. J. Urol., 1995, 154, 1508-1510.
- BEN-CHAIM J., LEIBOVITCH I., RAMON J., WINBERG D., GOLDWASSER B. : Etiology of acute scrotum at surgical exploration in children, adolescents and adults. Eur. Urol., 1992, 21,45-47.
- CAESAR R.E., KAPLAN G.W. : Incidence of the bell-clapper deformity in an autopsy series. Urology, 1994, 44, 114-116.
- CASS A.S., CASS B.P., VEERARAGHAVAN K. : Immediate exploration of the unilateral acute scrotum in young male subjects. J. Urol., 1980, 124, 829-832.
- JONES P. : Torsion of the testis and its appendages during childhood. Arch. Dis. Child, 1962, 37, 214-226.
- KAPLAN G., KING L.R. : Acute scrotal swelling in children. J. Urol., 1970, 104, 219-223.
- KUNTZE J.R., LOWE P., AHLERING T.E. : Testicular torsion after orchiopexy. J. Urol., 1985, 134, 1209-1210.
- LEE L.M., WRIGHT J.E., McLOUGHLIN M.G. : Testicular torsion in the adult. J. Urol., 1983, 130, 93-94.
- LENT V., STEPHANI A. : Eversion of the tunica vaginalis for prophylaxis of testicular torsion recurrences. J. Urol., 1993, 150, 1419-1421.
- McCOMBE A.W., SCOBIE W.G. :Torsion of scrotal contents in children.Br. J. Urol.,1988, 61, 148-150.
- MELEKOS M.D., ASBACH H.W., MARKOU S.A. : Etiology of acute scrotum in 100 boys with regard to age distribution. J. Urol., 1988, 139, 1023-1025.
- MIZRAHI S., SHTAMLER B. : Surgical approach and outcome in torsion of testis. Urology, 1992, 39, 52-54.
- RAMBEAUD J.J., DESCOTES J.L. : Torsion du testicule et de ses annexes. EMC Néphrol-Urol., 1991, 18622, A10, 6 p.
- SEAMAN E.K., SAWCZUK I. : Testis tumor in an adult presenting with torsion of testis. Urology, 1993, 42, 453-454.
- VAN GLABEKE E., KHAIROUNI A., LARROQUET M., AUDRY G., GRUNER.M.:Les torsion du cordon spermatique de l'enfant. Prog. Urol., 1998, 8, 244-248.
- WATKIN N.A., REIGER N.A., MOISEY C.U. : Is the conservative management of the acute scrotum justified on clinical grounds? Br. J. Urol., 1996, 78, 623-627.

17. WILLIAMSON R.C.N.: Torsion of the testis and allied conditions. Brit. J. Surg., 1976, 63, 465-476.
18. WITHERINGTON R., JARRELL T.S.: Torsion of the spermatic cord in adults. J. Urol., 1990, 143, 62-63.

SUMMARY

Torsion of the spermatic cord in adults.

Objectives: The objective of this retrospective study, conducted between January 1988 and December 1998, was to demonstrate that physical examination is sufficient to manage patients with torsion of the spermatic cord.

Material and Methods: 72 patients, admitted with an empirical diagnosis of torsion of the spermatic cord based on physical examination, underwent emergency surgery via a scrotal incision. Orchidopexy was performed when the surgical diagnosis was in favour of torsion. We classified our series into 2 groups according to the presence or absence of torsion and we defined two subgroups in the torsion group: the orchidectomy subgroup and the non-orchidectomy subgroup.

Results: The suspicion of torsion of the spermatic cord was confirmed in 70.8% of cases. No mortality or morbidity were observed for wrongly operated patients. The study of the sensitivity (Se) and positive predictive value (PPV) of clinical signs defined a group of men requiring emergency surgical exploration: men presenting with scrotal pain in the absence of any urinary signs (Se=98%, PPV=72%), negative urinary dip-stick (Se=97%, PPV=71%), with pain described as violent (Se=80%, PPV=76%), an ascended testis (Se=62%, PPV=86%) and a subacute stage (Se=68%, PPV=79%). The only pejorative factor detected in the presence of testicular necrosis was a delay before management greater than 6 hours. The length of hospital stay ($p<0.041$) and the complication rate ($p<0.023$) were greater in the orchidectomy subgroup compared to the non-orchidectomy subgroup.

Conclusion: This retrospective study confirms that physical examination is sufficient to ensure good management of torsion of the spermatic cord in adults and that emergency surgical exploration is justified at the slightest doubt.

Key-Words: Torsion of the spermatic cord, adult, prognostic factors, surgical emergency.