



Lesione a tutto spessore del sovraspinato: **chirurgia o** fisioterapia?

La letteratura degli ultimi anni mostra che entrambi gli approcci possono dare buoni risultati. La scelta dipende dal tipo di lesione e dal paziente — non dalla semplice presenza della rottura. Scorri per scoprire cosa dice la scienza. 📖



Cosa dice la letteratura

Breve termine (1–2 anni)

Molti pazienti ottengono un miglioramento significativo con la sola fisioterapia, senza intervento chirurgico.

Medio-lungo termine

La chirurgia tende a offrire risultati migliori nei pazienti selezionati, ma la differenza rispetto al conservativo non è sempre ampia.

Rischio di progressione

Una quota di pazienti trattati conservativamente sviluppa un progressivo aumento della lesione, con retrazione tendinea e infiltrazione adiposa.

Limiti della chirurgia

Il tasso di nuova rottura varia dal **10 al 40%**, a seconda delle dimensioni della lesione e della qualità del tendine.



Quando si preferisce il trattamento conservativo

Generalmente è la prima scelta in presenza di uno o più di questi elementi:



Età superiore a 60–65 anni

Lesione degenerativa, non traumatica, con dolore presente ma forza relativamente conservata.



Lesione piccola o media

Senza importante retrazione tendinea e senza attività lavorative pesanti o sport overhead.



Circa il 70–80% migliora

Abbastanza da evitare l'intervento con fisioterapia mirata, controllo del dolore e modifiche delle attività.



Il trattamento conservativo: cosa comprende



Fisioterapia mirata

Rinforzo della cuffia dei rotatori e dei muscoli scapolari per recuperare stabilità e funzione.



Controllo del dolore

Terapie fisiche e farmacologiche per gestire la sintomatologia e favorire la partecipazione alla riabilitazione.



Infiltrazioni

Acido ialuronico o cellule staminali come opzione aggiuntiva, insieme a modifiche delle attività quotidiane.



Quando si preferisce la **chirurgia**

Le linee guida suggeriscono di considerarla in presenza di uno o più dei seguenti elementi:

01

Lesione traumatica acuta

Rottura improvvisa in paziente precedentemente sano: candidato ideale alla riparazione precoce.

02

Paziente giovane (<60 anni)

Soprattutto se attivo lavorativamente o sportivamente, con elevate richieste funzionali.

03

Perdita importante di forza

Difficoltà ad alzare il braccio o evidente deficit funzionale che compromette la qualità di vita.

04

Mancato miglioramento

Dopo 3–6 mesi di fisioterapia ben eseguita senza risultati soddisfacenti.



Lesione ampia: un fattore chiave

Più tendini coinvolti

Il coinvolgimento di più strutture della cuffia aumenta significativamente l'indicazione chirurgica.

Retrazione importante

Una retrazione tendinea marcata riduce le possibilità di riparazione efficace se si ritarda l'intervento.

Degenerazione muscolare

L'infiltrazione adiposa iniziale del muscolo è un segnale che il tempo per intervenire si sta riducendo.



Fattori che influenzano la decisione

L'ortopedico valuta una combinazione di elementi clinici e strumentali. La risonanza magnetica è **fondamentale**: due lesioni "a tutto spessore" possono avere prognosi molto diverse.

→ Età biologica e qualità del tendine

Non solo l'età anagrafica, ma la reale condizione tissutale del paziente.

→ Classificazione di Goutallier

Valuta il grado di infiltrazione adiposa muscolare, predittore chiave dell'esito chirurgico.

→ Classificazione di Patte

Misura la retrazione tendinea, determinante per la fattibilità tecnica della riparazione.

→ Sintomi e aspettative

Dimensioni della lesione, livello di dolore e obiettivi funzionali del paziente completano il quadro decisionale.



Algoritmo pratico: conservativo o chirurgico?





Cosa fare nella pratica clinica

Rottura degenerativa isolata

Nella maggior parte dei casi si inizia con **3 mesi di fisioterapia strutturata**. Se dolore e funzione migliorano, si continua senza intervento.

Rottura traumatica completa

In un paziente giovane o attivo, la letteratura supporta una **riparazione chirurgica relativamente precoce**: ritardare troppo riduce le possibilità di una riparazione efficace.



Il punto chiave da ricordare

Non esiste una risposta valida per tutti. La scelta tra chirurgia e fisioterapia dipende dal tipo di lesione, dall'età, dalla funzione e dalle aspettative del paziente — non dalla semplice presenza della rottura.

70–80%

dei pazienti migliora con il solo trattamento conservativo

10–40%

tasso di nuova rottura dopo riparazione chirurgica

3–6 mesi

di fisioterapia prima di considerare la chirurgia nei casi non urgenti

💬 **Condividi questo post** con colleghi ortopedici e fisioterapisti — il confronto clinico fa la differenza!