Dr Bernard de Geofroy
Chirurgien orthopédiste · Chirurgie de la hanche et du genou
RPPS 10102056552 · Conventionné secteur 2 OPTAM

Hôpital Privé Clairval — 317 bd du Redon, 13009 Marseille
Château-Gombert — 16 rue Louis Leprince-Ringuet, 13013 Marseille
Maison de santé Les Iris — Av. Jean Giono, 13190 Allauch
Secrétariat : 04 65 38 20 54 · chirurgie-hanche-genou-marseille.fr

PROTOCOLE DE RÉÉDUCATION · GENOU

Syndrome de la bandelette iliotibiale (essuie-glace)

Version 1 · octobre 2026

TRAITEMENT	PILIER	DURÉE
Rééducation, sans chirurgie	**Gestion de la charge et renforcement des fessiers**	**6 à 8 semaines, parfois plus**

Protocole indicatif. Il est adapté à chaque patient par votre médecin et votre kinésithérapeute, en fonction de l'examen, de l'imagerie et de l'évolution.

Consignes générales

- La douleur siège sur le côté externe du genou. Elle apparaît typiquement après un même temps ou une même distance de course, augmente en descente et oblige parfois à s'arrêter, puis disparaît au repos.
- La bandelette ne « frotte » pas sur l'os : elle comprime, lors des flexions répétées vers 20 à 30°, une zone graisseuse très innervée située entre elle et le fémur. Le traitement vise donc à diminuer cette compression répétée, et non à « allonger » la bandelette, qui est un tissu très rigide qu'aucun étirement ne peut assouplir.
- Le traitement repose sur l'adaptation de la charge d'entraînement et sur le renforcement des muscles de la hanche, en particulier le moyen fessier. Les techniques passives n'ont qu'un rôle d'appoint.
- Les exercices sont adaptés à la douleur : Règle de la douleur : une douleur pendant l'exercice jusqu'à 4 ou 5 sur 10 est acceptable si elle revient à son niveau habituel dans les 24 heures ; sinon, diminuer l'intensité de la séance suivante.
- Une douleur au repos, la nuit, un gonflement du genou ou un blocage ne sont pas en faveur de ce diagnostic et doivent faire consulter.

Les étapes de la rééducation

Phase 1 — Semaines 0 à 2 — Calmer la douleur

OBJECTIFS

- Faire disparaître la douleur dans la vie quotidienne.
- Entretenir la condition physique sans provoquer la douleur.

CONTENU

- Réduction de la course, voire pause temporaire si la douleur apparaît dès les premières minutes : on ne court pas à travers la douleur.
- Activités de remplacement non douloureuses : natation, vélo elliptique, vélo si la position est indolore.
- Glaçage de la zone douloureuse après l'effort.
- Anti-inflammatoires sur une courte durée selon l'avis du médecin ; une infiltration peut être discutée en cas de douleur importante pour permettre la rééducation.
- Exercices isométriques des fessiers (pont, abduction contre un mur) dans des positions indolores.

À ÉVITER

- Pas de course en descente ni sur terrain en dévers.
- Pas d'étirement forcé ni de rouleau de massage appuyé sur la zone douloureuse.

Phase 2 Semaines 2 à 6 — Renforcement et contrôle

OBJECTIFS

- Renforcer les muscles de la hanche et du tronc.
- Corriger le genou qui part vers l'intérieur et le bassin qui bascule en appui sur une jambe.

CONTENU

- Renforcement progressif des abducteurs et des rotateurs externes de hanche, dans plusieurs plans : allongé sur le côté, puis debout avec élastique, puis en appui sur une jambe.
- Renforcement du grand fessier, du quadriceps et du tronc (gainage latéral).
- Exercices en appui sur une jambe avec contrôle de l'alignement hanche-genou-pied : squat partiel, descente de marche latérale, fente.
- Travail de proprioception et premiers exercices pliométriques légers en fin de phase.
- Le rouleau de massage et les techniques manuelles peuvent être utilisés s'ils soulagent, en complément des exercices.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Aucune douleur dans la vie quotidienne ni en marche rapide de 30 minutes.
- 10 squats sur une jambe et 10 petits sauts sur une jambe sans douleur.

Phase 3 À partir de 4 à 6 semaines — Reprise de la course

OBJECTIFS

- Reprendre la course sans récidive.

CONTENU

- Reprise en alternant marche et course, sur terrain plat, un jour sur deux, en restant en dessous du seuil d'apparition de la douleur.
- Augmentation progressive de la durée, puis de l'intensité ; les descentes et le fractionné en dernier.
- Raccourcir la foulée en augmentant légèrement la cadence (de 5 à 10 %) diminue la flexion du genou à l'impact et la contrainte sur la bandelette.
- Sur piste, changer régulièrement de sens ; sur route, éviter les bas-côtés en dévers.
- Cyclistes : vérifier la hauteur de selle, la position des cales et l'écartement des pédales.
- Poursuite du renforcement des fessiers 2 fois par semaine.

À ÉVITER

- Ne pas augmenter brutalement le kilométrage ni enchaîner les sorties en descente.

Les exercices à faire à la maison

3 séries de 10 à 15 répétitions, 3 à 4 fois par semaine, en augmentant progressivement la difficulté. Le mouvement doit rester contrôlé, le bassin stable et le genou dans l'axe du pied.

Au sol

1. **Pont fessier**
   Allongé sur le dos, genoux pliés : décoller le bassin en serrant les fessiers, tenir 3 secondes, redescendre. Progression : sur une jambe.
2. **Coquillage**
   Allongé sur le côté, hanches et genoux pliés, talons joints : ouvrir le genou du dessus sans faire basculer le bassin. Progression : avec un élastique autour des genoux.
3. **Abduction allongé sur le côté**
   Jambe du dessus tendue, légèrement en arrière, pointe du pied vers l'avant : la monter de 30 à 40 cm puis la redescendre lentement.
4. **Gainage latéral**
   En appui sur l'avant-bras et les genoux, puis les pieds : tenir 20 à 30 secondes, le corps aligné. Progression : lever la jambe du dessus.

Debout

5. **Marche latérale avec élastique**
   Élastique autour des chevilles ou des genoux, genoux légèrement fléchis : faire 10 pas de côté dans chaque sens sans laisser les genoux se rapprocher.
6. **Squat sur une jambe**
   Devant un miroir, descendre lentement sur une jambe jusqu'à 30 à 45°, le genou dans l'axe du deuxième orteil, le bassin horizontal.
7. **Descente de marche latérale**
   Debout sur une marche, descendre lentement le talon de l'autre jambe vers le sol en contrôlant le genou, puis remonter.

Informations pour le kinésithérapeute

- Bilan : test de Noble, force des abducteurs de hanche, contrôle du squat unipodal (valgus dynamique, chute du bassin), analyse de la foulée si possible.
- Les étirements de la bandelette n'en modifient pas la longueur ; s'ils sont utilisés, ils ne doivent pas être douloureux.
- Les ondes de choc et la thérapie manuelle peuvent compléter le renforcement des fessiers en cas d'évolution lente.
- Un avis chirurgical n'est envisagé qu'après 6 mois d'échec d'un traitement bien conduit, ce qui est rare.

Référence

Sanchez-Alvarado A, Bokil C, Cassel M, Engel T. Effects of conservative treatment strategies for iliotibial band syndrome on pain and function in runners: a systematic review. Front Sports Act Living. 2024;6:1386456. doi:10.3389/fspor.2024.1386456 — Fairclough J et al. The functional anatomy of the iliotibial band during flexion and extension of the knee: implications for understanding iliotibial band syndrome. J Anat. 2006;208:309-316.

Contacter rapidement l'équipe chirurgicale en cas de

- douleur au repos ou la nuit ;
- gonflement du genou, blocage ou sensation de lâchage ;
- douleur persistante malgré plusieurs semaines de rééducation bien conduite.

Essoufflement brutal ou douleur dans la poitrine : appelez le 15.