



CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE DU SPORT

**Dr Victor PACORET**

Chirurgie genou – hanche  
Chirurgie du sport – Arthroscopie



**Syndrome de l'essuie-glace (ITBS)**

**1) Principes généraux**

- L'ITBS est **multifactoriel** : facteurs proximaux (contrôle de la hanche), morphotype (varus, torsion), et facteurs d'entraînement. La prise en charge doit donc être **multimodale** (modif activité + rééducation + mesures locales).

---

**2) Bilan initial (obligatoire avant d'initier le protocole)**

- Confirmation clinique (tests de compression latérale, localisation douleur à 30° de flexion), éliminer autres causes latérales (lésion méniscale latérale, névrome, atteinte osseuse) si atypique.
- Évaluer : morphotype (varus/supination), antétorsion, contrôle pelvien (GLM force/contrôle), cadence de course, chaussures, volume/intensité d'entraînement.
- Mesures objectives : score douleur NRS, VISA-type or functional running tests, photo/video running pour analyser cinématique.

---

**3) Phase aiguë (0–2 semaines) — objectifs : diminuer douleur / limiter facteur aggravant**

Actions immédiates :

- **Modification d'activité** : arrêter la course ou réduire fortement (remplacer par vélo/natation/elliptique sans douleur). Durée : au moins jusqu'à disparition significative de douleur (souvent 4–6 semaines selon sévérité).
- **Médication** : antalgiques ± AINS courts si nécessaire (selon contre-indications).
- **Mesures locales** : glace post-effort, auto-mobilisations, taping si nécessaire pour permettre une reprise tolérable. Les étirements isolés de l'ITB ne montrent pas d'effet robuste mais peuvent être utiles en complément.

---

**4) Rééducation / Kiné (à commencer dès phase aiguë avec progression) — coeur du traitement**

Preuve récente : les **exercices de contrôle moteur fonctionnel et le renforcement des abducteurs** semblent supérieurs aux seules approches locales.

Programme (3×/semaine kiné supervisée + 2 séances auto à domicile) :

**A) Contrôle moteur / neuromusculaire (priorité)**

- Exercices d'activation et reclassement moteur : gluteus med activation (clam, sidelying hip abduction isométrique), single-leg stance progressif, step-downs contrôlés, travail proprioceptif.
- Renforcement excentrique / contrôlé des abducteurs et rotateurs externes.
- Intégrer contrôle frontal du bassin : côté debout, contrôle de l'adduction de hanche.

**B) Force & endurance de hanche et tronc**

- Progression : isométrie → charges légères → travail en chaîne fermée (squat unipodal, fente latérale) → intégration en course.
- Travail du grand fessier + moyen fessier, gainage latéral, contrôle pelvien.

**C) Gait retraining (important)**

- Augmentation cadence cible 5–10% (objectif 170–180 pas/min) pour réduire la surcharge en adduction/impact.
- Travail sur stride length (réduire overstride), midfoot strike si adapté. Les études montrent bénéfice de la rééducation de la foulée pour diminuer la douleur.

**D) Techniques manuelles / relâchement**

- Dry needling / massage transversal profond / libération myofasciale peuvent aider en complément pour diminuer tension et douleur mais sont des adjuvants. Les étirements isolés de l'ITB ont peu d'effet seuls.

---

## 5) Orthèses plantaires / semelles

- **Preuves mitigées** : les semelles peuvent aider **si un trouble du pied contribue** (p. ex. supination marquée ou trouble biomécanique identifiable) mais ne sont pas universelles. L'approche doit être individualisée et testée en dynamique (course sur tapis).

---

## 6) Options médicales complémentaires (si échec de 6–12 semaines de rééducation bien conduite)

- **Infiltration locale (corticostéroïde)** au point douloureux latéral : peut apporter une amélioration rapide de la douleur mais effets temporaires ; à réserver aux cas rebelles et à faire avec prudence. [PMC](#)
- **Ondes de choc extracorporelles (ESWT)** : données récentes montrent une efficacité pour l'ITBS réfractaire — bonne option avant chirurgie dans les cas persistants.
- **Autres** : PRP, acupuncture — preuves encore limitées / hétérogènes.

---

## 7) Indications chirurgicales (rarissimes)

- En cas d'échec prolongé (6–12+ mois) malgré prise en charge multimodale bien conduite : **libération chirurgicale de l'ITB** ou résection du tissu pathologique peuvent être discutées en centre spécialisé. Très rares.

---

## 8) Protocole pratique résumé semaine par semaine (exemple pour reprise et traitement actif)

### Semaine 0–2 (aigu)

- Stop course ; vélo/natation si indolore. AINS/antalgiques si nécessaire. Glace. Début kiné 2–3×/semaine : activation glute med + éducation.

### Semaine 2–6 (rééducation intensive)

- Kiné 3×/semaine : renfo hanche (excentrique), contrôle moteur, début gait retraining (cadence). 2 séances d'auto. Si douleur >3/10 → ne pas augmenter charge. Évaluer réponse.

### Semaine 6–12 (reprise progressive course si tolérance)

- Reprise progressive comme décrit auparavant (alternance marche/course → continu → consolidation), intégration des modifications de foulée. Poursuivre renfo 2×/sem. Si douleur persistante malgré 8–12 semaines : discuter ESWT ± infiltration.

### Après 12 semaines

- Si améliorations claires → poursuite et montée progressive du volume. Si stagnation → ESWT (essai) ± infiltration ± réévaluation biomécanique (podo + chaussures). En dernier recours, discussion chirurgicale après avis spécialisé.

---

## 9) Conseils pratiques pour la collaboration avec le podologue / podo-orthésiste

- Partager l'objectif : **réduction de la contrainte latérale**, pas création d'un varus.
- Demander un **essai de semelle personnalisée** testé en dynamique (tapis/course) : léger support postéro-interne (contrôle pronateur) si supination, ou légère correction valgisante si le pied montre tendance à provoquer adduction excessive. Éviter semelles varisantes qui augmentent la charge latérale.

---

## 10) Critères de succès / de réévaluation

- Amélioration de douleur à repos et à l'effort (NRS ≤2), reprise graduée de la course sans douleur après 6–12 semaines.
- Si pas d'amélioration fonctionnelle **après 8–12 semaines** de rééducation adaptée → escalader (ESWT / infiltration / réévaluation biomécanique approfondie).

---

## Conclusion — message clé

1. **Traitement multimodal** centré sur le renforcement et le contrôle moteur de la hanche + modification de la foulée est la pierre angulaire.
2. **Semelles** : testées au cas par cas, **pas** de varisantes; privilégier corrections légères et dynamiques si indication.
3. **ESWT** et **infiltration** sont des options efficaces pour les cas réfractaires avant toute chirurgie.