



---

# Fibromyalgie

Document de travail à l'intention du

Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et  
de l'assurance contre les accidents du travail

février 2003

préparé par le  
D<sup>r</sup> Duncan A. Gordon  
Professeur de médecine, Université de Toronto  
Département de rhumatologie, University Health Network

Avant-propos par :  
D<sup>r</sup> Anthony Weinberg  
Professeur, Université d'Ottawa, Faculté de médecine  
Département de médecine interne,  
Université d'Ottawa et Hôpital d'Ottawa

Le D<sup>r</sup> Duncan A. Gordon a obtenu son doctorat en médecine de l'Université de Toronto. Il a fait des études postdoctorales en médecine interne à l'Université de Toronto et à l'Université McGill de Montréal. Il a aussi fait des études postdoctorales en rhumatologie et en immunologie à l'University of Rochester dans l'état de New-York. Il a obtenu son certificat en médecine interne (rhumatologie) et est devenu associé du Collège royal des médecins et chirurgiens en 1960. Il a été le premier chef examinateur du Collège pour l'octroi des certificats en rhumatologie, et il a occupé ce poste de 1972 à 1974. Il est depuis longtemps rédacteur du The Journal of Rheumatology, une publication scientifique internationale qui a son siège au Canada. Il a fait partie du corps professoral de l'Université McMaster de 1974 à 1976. Il s'est joint au corps professoral de l'Université de Toronto en 1976 et occupe présentement une chaire de professeur de médecine à cet établissement. Il s'intéresse à la pratique clinique et à la recherche dans le domaine de la rhumatologie. Il a publié de nombreux ouvrages sur le sujet. Il est rhumatologue principal au Toronto Western Hospital, un établissement du University Health Network. Le D<sup>r</sup> Gordon est assesseur au Tribunal depuis 1988.

Après examen de la recherche documentaire du TASPAAAT en 2010, le D<sup>r</sup> A. Weinberg estime que ce document fournit encore un aperçu équilibré des connaissances médicales sur le sujet.

Ce document de travail médical sera utile à toute personne en quête de renseignements généraux au sujet de la question médicale traitée. Il vise à donner un aperçu général d'un sujet médical que le Tribunal examine souvent dans les appels.

Ce document de travail médical est l'œuvre d'un expert reconnu dans le domaine, qui a été recommandé par les conseillers médicaux du Tribunal. Son auteur avait pour directive de présenter la connaissance médicale existant sur le sujet, le tout, en partant d'un point de vue équilibré. Les documents de travail médicaux ne font pas l'objet d'un examen par les pairs, et ils sont rédigés pour être compris par les personnes qui ne sont pas du métier.

Les documents de travail médicaux ne représentent pas nécessairement les vues du Tribunal. Les décideurs du Tribunal peuvent s'appuyer sur les renseignements contenus dans les documents de travail médicaux mais le Tribunal n'est pas lié par les opinions qui y sont exprimées. Toute décision du Tribunal doit s'appuyer sur les faits entourant le cas particulier visé. Les décideurs du Tribunal reconnaissent que les parties à un appel peuvent toujours s'appuyer sur un document de travail médical, s'en servir pour établir une distinction ou le contester à l'aide d'autres éléments de preuve. Voir *Kamara c. Ontario (Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal)* [2009] O.J. No. 2080 (Ont Div Court).

Traduit de l'anglais par A+ Translations  
Odette Côté, trad. a. (Canada)  
Membre du Conseil des traducteurs et interprètes du Canada  
(par affiliation à l'Association des traducteurs et interprètes de l'Ontario)

## FIBROMYALGIE - VUE D'ENSEMBLE

Document à l'intention du Tribunal de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail  
Décembre 2002

D<sup>r</sup> Anthony Weinberg, MD, FRCP, FRCPC  
Professeur, Université d'Ottawa, Faculté de médecine  
Département de médecine interne, Université d'Ottawa et Hôpital d'Ottawa

La fibromyalgie est l'une des *affections symptomatiques* comprenant, notamment, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome du côlon irritable et les maladies idiopathiques dues au milieu. Ces affections coexistent généralement chez un même patient, bien qu'elles puissent survenir de manière non simultanée. Elles ne présentent aucune pathologie définie et ne varient que dans leur description. Dans un certain nombre de cas, des définitions ont été codifiées afin de fournir une base d'étude plus approfondie en termes d'étiologie et de traitement. Ces affections sont le plus communément observées chez les sujets présentant des antécédents dépressifs, même si la dépression n'est pas nécessairement observée. Un des symptômes les plus récurrents est le sommeil perturbé, qui fait office en quelque sorte de fil conducteur, tout particulièrement chez les patients présentant une forte combinaison des différents syndromes. Ces affections ne possèdent aucune cause établie. De plus, il n'existe aucune donnée scientifique fiable mettant en lumière le développement d'une fibromyalgie à la suite d'événements/expositions sur le lieu de travail, de même qu'il n'existe aucun élément probant qui montrerait que cette affection survient plus fréquemment dans des environnements de travail déterminés.

# FIBROMYALGIE

Document à l'intention du Tribunal de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail  
Février 2003

D<sup>r</sup> Duncan A. Gordon  
Professeur de médecine, Université de Toronto  
Département de rhumatologie, University Health Network

## Définition

La fibromyalgie est un syndrome douloureux chronique affectant les tissus mous de l'appareil musculo-squelettique de l'organisme. Ce syndrome n'étant pas un type d'arthrite ou de maladie articulaire, il convient de parler d'une affection rhumatismale non articulaire. Le principal symptôme de la fibromyalgie est une sensation de douleur diffuse associée à un seuil de douleur réduit, conduisant à une sensibilité accrue de certains sites musculo-squelettiques, décelables à la pression ou à la palpation. Ces sites spécifiques portent le nom de « points douloureux » (Figures 1 et 2) et sont relevés par le praticien. Si ce dernier établit la présence d'un point sensible, celui-ci peut être comparé aux sites de contrôle standard situés près des points sensibles. Les patients diagnostiqués pour la première fois comme souffrant d'une fibromyalgie ne sont généralement pas conscients de l'existence de ces points douloureux. Cependant, la fibromyalgie ne constitue pas un diagnostic d'exclusion et peut survenir également chez des patients présentant de nombreux autres types d'affections rhumatismales, notamment la polyarthrite rhumatoïde, le lupus ou l'arthrose.

Certains médecins préfèrent ne pas utiliser le terme « fibromyalgie » pour ce type de douleur chronique, mais Wolfe avance que « le syndrome reste le même, quelle qu'en soit sa dénomination ». Wolfe a également observé que ce sont les symptômes de la fibromyalgie, et non le nombre de points douloureux, qui sont handicapants. Néanmoins, la gravité des symptômes se reflète généralement dans le degré de sensibilité propre au site. La fibromyalgie a été reconnue en tant que syndrome discret par l'Organisation mondiale de la Santé « comme cause d'invalidité et de retraite anticipée ». Les recommandations issues d'un rapport de consensus portant sur la fibromyalgie ont également établi que celle-ci était une cause de handicap. Un autre rapport a souligné que la fibromyalgie ne différait nullement d'autres affections cliniques, en termes de sécurité professionnelle ou de versement d'indemnités au titre de l'assurance contre les accidents du travail.

### Maladies associées

La douleur diffuse et la sensation de fatigue, caractéristiques de la fibromyalgie, peuvent être observées chez près de 20 % des patients souffrant d'affections telles que la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus. De plus, le diagnostic de fibromyalgie peut être ignoré si celle-ci coexiste avec

d'autres formes d'arthrose. Le cas échéant, les symptômes du patient risquent d'être imputés, à tort, à la polyarthrite rhumatoïde ou au lupus. Un test de dépistage des anticorps anti-nucléaires, montrant un trouble du tissu conjonctif, est susceptible de détourner l'attention du spécialiste des symptômes liés à la fibromyalgie du patient. La fibromyalgie peut également coexister avec les entités cliniques associées au syndrome de fatigue chronique, aux troubles du sommeil et aux problèmes psychologiques (Figure 3). Un certain nombre de syndromes infectieux et post-viraux ont été associés à la fatigue chronique, mais dans la plupart des cas aucune cause infectieuse n'est mise à jour. Les troubles primaires du sommeil pouvant être associés à la fibromyalgie sont les suivants : éveil électro-encéphalographique par intrusion d'ondes alpha, apnées du sommeil et mouvements périodiques et involontaires des membres au cours du sommeil. On peut également observer un sommeil interrompu dans le cas d'autres affections rhumatismales telles que la polyarthrite rhumatoïde ou l'arthrose, accompagnées ou non de fibromyalgie.

Des troubles de la mémoire ainsi qu'un dysfonctionnement cognitif, observés chez des patients atteints de fibromyalgie, peuvent être induits par un état prolongé de sommeil en phase 1. Ce trouble du sommeil s'accompagne de fatigue chronique et d'un degré inférieur de précision dans la réalisation de tâches cognitives complexes. Les nouveaux critères du Centre de contrôle et de prévention des maladies, revus en 1994, pour le syndrome de fatigue chronique, prennent pour référence une période de six mois de fatigue inexplicée, s'accompagnant des symptômes suivants : défaillance de la mémoire à court terme ou difficultés de concentration, sommeil non réparateur, fatigue après efforts, douleurs musculaires, douleurs articulaires sans oedème, migraines, maux de gorge et sensibilité au niveau des ganglions lymphatiques cervicaux ou axillaires. La définition donnée par Oxford ne requiert d'autres symptômes que la fatigue et le dysfonctionnement cognitif. La présence d'un trouble primaire psychiatrique constitue un diagnostic d'exclusion. Environ un tiers des patients atteints de fibromyalgie remplissent les critères diagnostiques du syndrome de fatigue chronique.

La dépression psychologique est plus communément observée chez les patients atteints de fibromyalgie que chez les sujets sains ou souffrant de polyarthrite rhumatoïde. Environ 25 % des patients atteints de fibromyalgie souffrent de dépression et environ 50 % présentent des antécédents

dépressifs. Il est difficile de savoir si la détresse psychologique observée dans les cas de fibromyalgie reflète une psychopathologie sous-jacente. Les études de cas-témoins portant sur les patients atteints de fibromyalgie montrent une prévalence plus élevée de dépression, de violence sexuelle et physique, de toxicodépendance et de troubles du comportement alimentaire, préalablement à l'apparition de la fibromyalgie.

Les syndromes myofasciaux, contrairement à la fibromyalgie, ne sont pas généralisés mais localisés et reposent sur la détection de points *gâchettes* plutôt que de points *douloureux*. À l'inverse des patients atteints de fibromyalgie, les personnes souffrant d'un syndrome myofascial ne présentent généralement aucun trouble du sommeil, ni de fatigue chronique ou de dépression, à moins que l'apparition d'une fibromyalgie ne vienne aggraver le tableau clinique.

### Controverse

L'importance du concept de fibromyalgie à des fins diagnostique et thérapeutique a été remise en cause par certains observateurs. Ces derniers affirment que la myalgie et les points douloureux sont si communément observés au sein de la communauté qu'il est légitime de se demander si la fibromyalgie peut être considérée comme une entité à part entière, reflétant des difficultés d'insertion sociale. Hadler considère que les critères employés sont trop « peu fiables » et potentiellement néfastes, en ce sens qu'ils favorisent la dépendance et la somatisation des personnes mal à l'aise dans leur travail. D'autres ont estimé que la fibromyalgie représente un trouble fonctionnel, caractéristique d'une société urbaine fracturée, où prédomine un secteur médico-légal composé d'avocats en quête d'indemnités professionnelles pour leurs clients atteints de fibromyalgie. À l'inverse, White et Thompson, de l'Université de Western Ontario, ont observé, preuves à l'appui, que la fibromyalgie était une affection étonnamment commune au sein de la communauté rurale des Amish, éloignée des facteurs de stress urbains et non soumise aux pressions médico-légales liées aux indemnités.

Certaines préoccupations ont également été formulées, sur la base de l'idée selon laquelle la fibromyalgie, essentiellement définie par des critères autoévalués, présente une trop grande part de subjectivité. Block a suggéré l'expression « rhumatisme diffus » pour définir plus exactement la fibromyalgie, l'American College of Rheumatology accordant une importance excessive à la présence de points douloureux. Son concept de rhumatisme généralisé englobait la fibromyalgie, la fatigue chronique et les syndromes post-viraux.

### Symptômes

Les signes cliniques qui permettent de poser un diagnostic de fibromyalgie sont les points douloureux ainsi qu'une douleur musculo-squelettique chronique et étendue. Cependant, on note beaucoup d'autres symptômes associés à cette affection, notamment la sensation de vertige, la migraine, la fatigue, les troubles de la mémoire, le sommeil non réparateur ainsi qu'un côlon ou une vessie irritables. Ces autres symptômes ne font pas partie des critères de l'American College of Rheumatology. Toutefois, outre la douleur chronique et diffuse d'une durée supérieure à trois mois, ces autres symptômes sont presque systématiquement observés. Comme il l'a été dit précédemment, une forte proportion de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique présente également des caractéristiques de la fibromyalgie.

### Diagnostic

Le diagnostic se fonde sur l'histoire (symptômes) et l'examen physique (signes).

Une personne souffrant de douleur diffuse au niveau de trois des quatre principales régions du corps pendant une durée supérieure à trois mois, et ayant au moins 11 des 18 points douloureux répertoriés, répond aux critères établis en 1990 par l'American College of Rheumatology pour la fibromyalgie. La douleur associée à la fibromyalgie tend à être aggravée par les mouvements répétitifs.

### Controverse

Même si le diagnostic de fibromyalgie peut jouer un rôle primordial afin de déterminer l'existence d'une déficience, la fibromyalgie en elle-même ne devrait pas constituer une raison suffisante pour l'octroi d'indemnités, d'autant plus que la plupart des patients atteints de fibromyalgie continuent de travailler malgré leurs symptômes. Ainsi, la déficience ne devrait pas reposer sur un diagnostic de fibromyalgie mais plutôt sur une évaluation de l'impact que peut avoir la détresse psychologique et la douleur chronique sur la personne malade.

Le rôle du médecin est de déterminer toute déficience éventuelle, qu'il s'agisse d'une perte ou d'une anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique puis d'évaluer si ladite déficience entrave la capacité du patient à réaliser une série d'activités humaines considérées comme normales.

Sur la base d'une telle définition, on peut se demander comment définir le seuil à partir duquel un patient présente une fibromyalgie à un degré tel qu'il est incapable de travailler ou de vaquer à ses activités quotidiennes. Une position extrême concernant la détermination de la déficience liée à la fibromyalgie consisterait à dire que cette affection n'est jamais le résultat d'un traumatisme ou d'un stress et n'est jamais handicapante. Suivant un tel point de vue, certaines lignes directrices relatives aux indemnités ont pour but de refuser l'octroi d'allocations aux demandeurs ne présentant aucune anomalie organique à caractère structurel, physique ou de laboratoire objectivement observable. Ceci rejoindrait les rapports d'examen fonctionnel réalisés par les évaluateurs, où ces derniers estiment que le patient atteint de douleur chronique ne fournit aucun effort ou présente des performances auto-limitantes représentant, sur base des résultats obtenus lors de tests, un effort insuffisant. Cependant, une telle attitude donne idée fautive quant à la validité de la douleur et de la fatigue ressenties par le patient. De plus, la détection des points douloureux, méconnus du patient, rend toute simulation difficile. Ainsi, les points douloureux devraient normalement être considérés comme étant une mesure objective de la douleur musculo-squelettique. La position extrême opposée consiste à se fier uniquement aux apparences et à valider la réalité de la douleur et de la fatigue signalées par le patient ainsi que leur impact sur ses activités quotidiennes. La tâche, pour le moins délicate, du médecin clinicien consiste à trouver un juste milieu entre ces deux extrêmes. Pour ce faire, le médecin doit recueillir d'autres éléments attestant la déficience du patient, auprès de ses proches, de ses employeurs et de ses collègues. Des preuves écrites sont nécessaires afin de déterminer si le patient est dans l'incapacité de travailler régulièrement, avec précision et constance ou s'il est apte à assumer, de façon adéquate, les responsabilités qui lui incombent face à ses employeurs et au public.

## Causes

La ou les cause(s) de fibromyalgie restent inconnues et les patients souffrant de fibromyalgie ne présentent aucun changement pathologique significatif au niveau des tissus musculo-squelettiques. De plus, il n'existe aucun examen de laboratoire permettant de poser un diagnostic. En outre,

la fibromyalgie ne menace pas le pronostic vital. Pour toutes ces raisons, elle n'est pas considérée comme une maladie mais comme un syndrome, c'est-à-dire une combinaison de symptômes et de signes qui distinguent cette affection d'autres formes d'arthrite et de rhumatisme.

Même si les causes de la fibromyalgie restent floues, cette dernière est désormais considérée comme un syndrome fonctionnel multifactoriel entraînant un certain nombre de troubles physiologiques. D'après certaines sources, ces troubles iraient d'un impact sur les systèmes nerveux central et autonome, à un sommeil perturbé, en passant par un effet de stress sur le système glandulaire de l'organisme, connu sous le nom d'axe hormonal hypothalamo-hypophysaire-surrénalien.

Certains patients atteints de fibromyalgie présentent des anomalies du sommeil d'ordre physiologiques, lesquelles pourraient refléter un sommeil perturbé au niveau de la fonction neuro-endocrine. Les études électro-encéphalographiques (EEG) montrent un schéma de sommeil non réparateur avec éveil électro-encéphalographique de rythme alpha, lequel donne lieu à des symptômes de fatigue ainsi qu'à des défaillances de la mémoire à court terme, des problèmes de concentration et des difficultés à observer un sommeil continu. Même si ces caractéristiques sont prédominantes dans le cas de la fibromyalgie, elles ne sont pas spécifiques et aucune donnée scientifique ne permet de savoir avec certitude si ces changements constituent un mécanisme sous-jacent, à l'origine de la fibromyalgie.

De nombreux patients atteints de fibromyalgie signalent que leur maladie a commencé à la suite d'un traumatisme physique ou émotionnel, d'une infection ou d'une intervention chirurgicale. Smythe suggère que, conformément aux études pionnières de Lewis et Kellgren, le site de la douleur et des points douloureux est déterminé par les modèles d'aiguillage/référence des patients souffrant d'un problème mécanique au niveau du cou et du dos. Les symptômes de la douleur sont alors renforcés par un sommeil perturbé, des facteurs psychologiques, un déconditionnement physique et, régulièrement, une hypermobilité généralisée des articulations.

### Questions d'ordre professionnel

Une étude de l'évolution clinique de l'état de santé de 104 travailleurs, sélectionnés de façon aléatoire, qui n'avaient pas repris le travail dans un

délai de trois mois suivant la contraction d'une lésion des tissus mous, a montré que les effets les plus négatifs d'une reprise du travail étaient liés à une détresse psychologique et à un handicap fonctionnel. Dans cette étude, la présence de points douloureux propres à la fibromyalgie constituait l'un des éléments permettant de prévoir le plus exactement possible un retard dans la reprise du travail.

La question de savoir si un traumatisme peut être un facteur de risque de fibromyalgie mériterait la conduite d'une autre étude. Par exemple, le syndrome chronique du coup de fouet cervical est une affection dans laquelle un traumatisme physique précède l'apparition d'une douleur chronique musculo-squelettique telle que la fibromyalgie. Une étude rétrospective réalisée en Israël a montré que l'incidence de la fibromyalgie dans les cas de lésions cervicales était 12 fois supérieure à celle observée chez les travailleurs souffrant de fractures des membres inférieurs. Une meilleure compréhension du problème a permis d'établir que les syndromes communs du coup de fouet cervical présentaient d'importantes variations quant à la prépondérance d'une déficience physique ou psychologique. Néanmoins, les incertitudes actuelles reflètent l'absence d'études prospectives appropriées.

Il existe également des raisons solides de penser que la dépression grave est liée à la fibromyalgie. De fait, les personnes déprimées présentent régulièrement les symptômes de la fibromyalgie. Même si de lourds antécédents dépressifs ont pu être observés chez environ 50 % des patients atteints de fibromyalgie, seulement 25 % des patients présentant une fibromyalgie souffraient de dépression. Il est intéressant de constater que l'état de santé des patients atteints de fibromyalgie s'améliore dans de nombreux cas avec la prise d'anti-dépresseurs. Même s'il est vrai que de nombreux patients atteints de fibromyalgie souffrent d'anxiété ou de dépression, il est impossible de savoir avec certitude si ces problèmes constituent la cause ou la conséquence de la fibromyalgie. En moyenne, la plupart des études rejettent l'argument selon lequel la fibromyalgie constitue principalement un trouble psychologique.

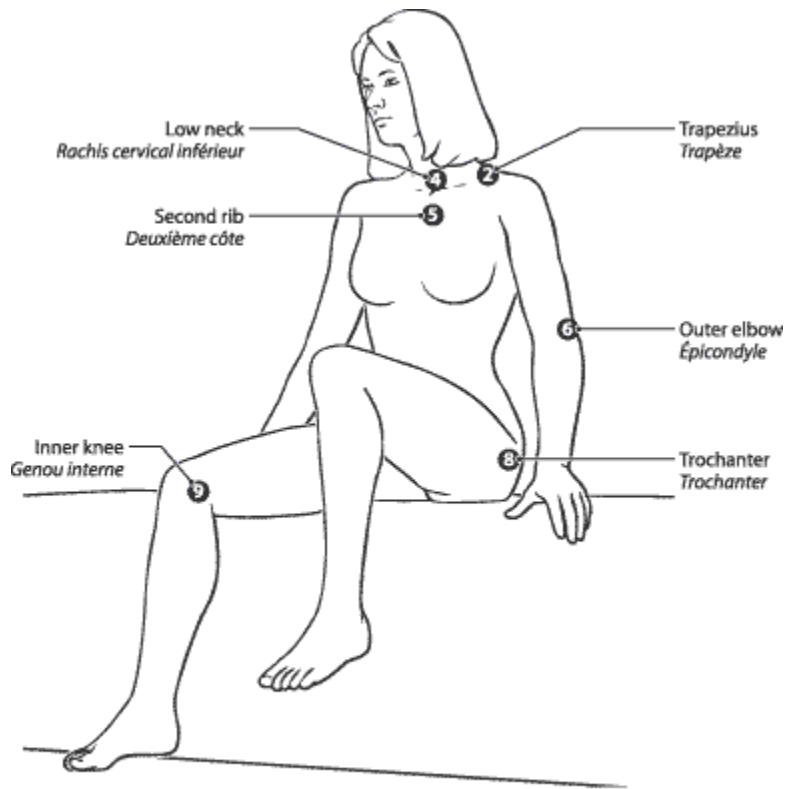
## Controverse

Certaines décisions de justice portant sur des personnes handicapées ont établi que les patients atteints de fibromyalgie ne semblent pas présenter de problèmes émotionnels ou mentaux sous la forme d'une douleur physique, alors que d'autres décisions de justice ont estimé que les personnes

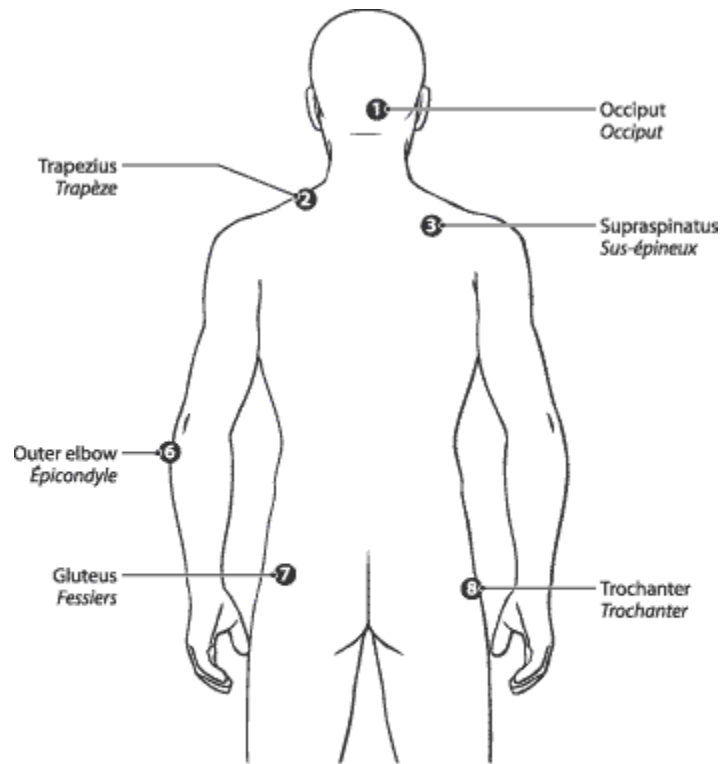
souffrant de fibromyalgie ne peuvent gérer les tensions de la vie quotidienne et transforment cette incapacité en symptômes physiques afin de ne pas devoir affronter la réalité. De plus, un grand nombre de médecins expriment un sentiment de frustration à l'égard des patients atteints de fibromyalgie ou du concept même de fibromyalgie. Une telle hostilité semble être liée au fait que les patients souffrant de fibromyalgie présentent une détresse psychologique amplement supérieure à celle d'autres patients. À tous ces éléments s'ajoutent le manque de traitement efficace pour soigner la fibromyalgie et le fait que de nombreux patients ont été en situation conflictuelle avec le système de soins de santé.

### Conclusion

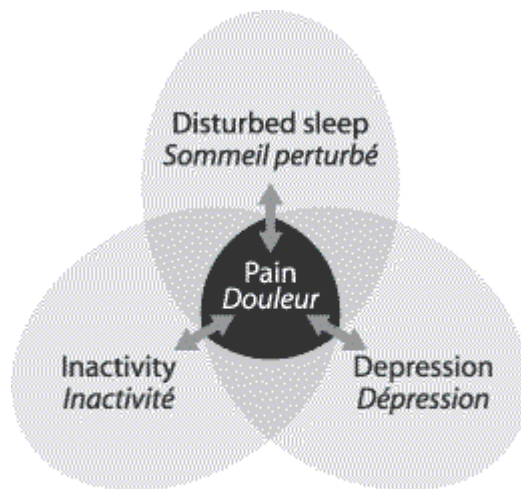
D'après le point de vue adopté par ce tribunal, je comprends que la question clé est celle de savoir si la cause de la maladie est de nature professionnelle. Cependant, j'espère que le présent rapport établit suffisamment clairement que la (ou les) cause(s) de la fibromyalgie demeurent inconnues et que les travaux scientifiques sont encore trop rares pour établir que cette affection peut être causée par un accident du travail, la nature du travail réalisé ou l'exposition à un risque sur le lieu de travail. D'autre part, le manque de preuves scientifiques ne signifie pas nécessairement l'absence d'une relation de causalité, mais simplement l'absence actuelle d'études prospectives appropriées sur la question.



**Figure 1. Fibrositic tender points (anterior)**  
**Figure 1. Points douloureux de la fibromyalgie (Région antérieure)**



**Figure 2. Fibrositis tender points (posterior)**  
**Figure 2. Points douloureux de la fibromyalgie (Région postérieure)**



**Figure 3. Cycle of illness in fibromyalgia**  
**Figure 3. Cycle pathologique de la fibromyalgie**

### Lectures conseillées

1. Bennett RM. Rational management of Fibromyalgia. *Rheum. Dis. Clin. North Am.* 2002;28 :181-201.
2. Bohr TW. Fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome - do they exist? *Neurologic Clinics* 1995;13:365-83.
3. Bradley LA, McKendree-Smith NL. Central nervous system mechanisms of pain in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders: behavioural and psychologic treatment approaches. *Curr Opin Rheumatol.* 2002;14:45-51.
4. Buskila D. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome. *Curr Opin. Rheumatol* 2001;13:117-27.
5. Carette S. Fibromyalgia 20 years later: what have we really accomplished? (editorial) *J Rheumatol* 1995;22:590-2.
6. Cohen ML. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The disapproving rheumatologist's evidence. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol.* 1999;13:421-5.
7. Crofford LJ, Clauw DJ. Fibromyalgia; where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed? *Arthritis Rheum.* 2002;46:1136-8.
8. Croft P. Testing for tenderness: what's the point? *J Rheumatol.* 2000;27:2531-3.
9. Fitzcharles MA. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The approving rheumatologist's evidence. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol.* 1999;13:437-43.

10. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned? *Arch Intern Med* 1999;26:159:777-85.
11. Gordon DA. Chronic widespread pain as a medico-legal issue. *Ballieres Best Pract Res Clin Rheumatol*. 1999;13:531-43.
12. Levethal LJ. Management of fibromyalgia. *Ann Intern Med*. 1999;131:850-8.
13. Neeck G, Crofford LJ. Neuroendocrine perturbations in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*. 2000;26:989-1002.
14. Nielson WR, Merskey H. Psychosocial aspects of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2001;5:330-7.
15. Schneider MJ. Tenderpoints/Fibromyalgia versus trigger points/myofascial pain syndrome: a need for clarity in terminology and differential diagnosis. *J manipulative physiol ther* 1995;18:398-406.
16. Smythe H. Fibromyalgia: can one distinguish it from malingering? More work needed; more tools supplied. *J Rheumatol*. 2000;27:2536-40.
17. Paiva ES, Deodhar A, Jones KD, Bennett RM. Impaired growth hormone secretion in fibromyalgia patients. *Arthritis Rheum*. 2002;46:1344-50.
18. White KP, Harth M. Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2001;5:320-9.
19. White KP, Currence S, Harth M, Teasell RW. Trauma and fibromyalgia: is there an association and what does it mean? *Semin Arthritis Rheum*. 2000;29:200-16.
20. Wolfe F, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. *Arthritis rheum* 1990;33:160-72.
21. Wolfe F, et al. The fibromyalgia syndrome: a consensus report on fibromyalgia and disability. *J Rheumatol* 1996;23:534-39.