

Fibromyalgie

Julius Sim

Professor of Health Care Research

Arthritis Research Campaign National Primary Care Centre

Keele University, Staffordshire ST5 5BG, UK

Définition et épidémiologie

La fibromyalgie est une manifestation clinique qui se caractérise par une douleur diffuse, des points sensibles à la pression et d'autres symptômes, comme la fatigue et le sommeil non réparateur. Au début, on utilisait le terme anglais « *fibrositis* » (la fibrosite) pour décrire ce syndrome, mais ce terme est devenu désuet lorsque l'on n'a pu faire la preuve qu'il s'agissait d'un processus inflammatoire. Bien qu'il existe des critères formulés antérieurement (Smythe et Moldofsky 1977, Yunus et coll. 1989), ceux dont on se sert le plus souvent pour le diagnostic de la fibromyalgie de nos jours furent développés par Wolfe et coll. (1990), au nom de l'American College of Rheumatology (ACR). Selon ces critères, il faut qu'il y ait, durant une période de trois mois et plus, de la douleur au niveau du squelette axial ou dans au moins trois des quatre quadrants du corps. De surcroît, les critères nécessitent qu'il y ait une sensibilité à la pression à au moins 11 sièges anatomiques sur 18 répartis de façon symétrique sur le corps. L'American Pain Society a récemment présenté des conseils modifiés à propos des sièges anatomiques à utiliser dans le diagnostic de la fibromyalgie (American Pain Society 2005).

Bien que les critères de l'ARC demeurent des critères de diagnostic standards, particulièrement dans le domaine de la recherche clinique, il est possible que le diagnostic de la fibromyalgie ne se conforme pas strictement à ces critères dans la pratique clinique quotidienne (Fitzcharles 1999, Goldenberg 1999). La fibromyalgie peut être considérée comme étant l'une des extrémités d'un éventail de troubles musculosquelettiques douloureux et chroniques, et en tant que telle, cet état pathologique s'avère difficile à distinguer du syndrome plus général de la douleur chronique généralisée (Gran, 2003). Les analyses en laboratoire et d'autres investigations biomédicales sont généralement normales chez les patients. C'est donc une question très débattue que de savoir si la fibromyalgie représente une entité distincte sur le plan clinique ou pathologique et de déterminer dans quelle mesure la réponse à cette question devrait influencer la gestion clinique du syndrome (Hart 1988, Cohen et Quintner, 1993, Russell 1999, Hadler et Greenhalgh 2004, Kahn 2007, Croft 2008). Smythe (2009:682) affirme que l'utilité clinique du terme « fibromyalgie » s'étend au-delà des critères diagnostiques formels : « L'étiquette "fibromyalgie", au sens strict, sert à accommoder et à interpréter tous les ensembles symptomatiques apparentés, qui peuvent aussi bien se manifester chez des malades qui ne répondent pas exactement aux critères de 1990. »

Comme il en a été question précédemment, un syndrome clinique plus général que la fibromyalgie – à savoir, la douleur chronique généralisée – peut également être décelé, soit selon les critères de l'ACR qui concernent spécifiquement la distribution de la douleur, ou selon d'autres critères plus récents, soit les critères de Manchester (Macfarlane et coll. 1996) dont le seuil est un peu plus rigoureux.

La prévalence de la fibromyalgie se trouve probablement entre 1 et 3 % (Gran 2003). Une récente étude canadienne a constaté une prévalence auto-évaluée de 1,1 % calculée pour tous les groupes d'âge, avec un ratio de femmes par rapport aux hommes de 6 contre 1 (McNally et coll. 2006). La prévalence varie selon l'âge, de telle façon que cette dernière augmente jusqu'à la fin de la cinquantaine ou au début de la soixantaine (Wolfe et coll. 1995, White et coll. 1999). La prévalence du syndrome de douleur chronique généralisée est d'approximativement 10 % selon les critères de l'ACR (Macfarlane 1999), ou d'approximativement 5 % d'après les critères plus stricts de Manchester (Hunt et coll. 1999).

L'étiologie de la fibromyalgie est moins certaine, et jusqu'à maintenant, aucun mécanisme causatif du syndrome n'a encore été identifié avec certitude. Néanmoins, il semble qu'un trouble des mécanismes nociceptifs – autant sur le plan central que sur le plan périphérique – soit à l'origine de la fibromyalgie (McVeigh et coll. 2003, McLean et Clauw 2005, Vierck 2006, Staud et Spaeth 2008). Un tel traitement anormal de la douleur a pour effet de capter le moindre stimulus nociceptif et de faire durer l'état douloureux (Staud 2006). Par conséquent, parmi les principales caractéristiques de la fibromyalgie se distinguent *l'hyperalgésie* (une sensibilité très aiguë aux stimuli nociceptifs) et *l'allodynie* (une réaction douloureuse à des stimuli qui ne produisent habituellement pas de douleur, comme une pression légère ou des changements de température légers à modérés) (Nielsen et Henriksson 2007). On a accordé une attention toute particulière au rôle que joue l'axe hypothalamique-hypophysaire-surrénalien (van West et Maes 2001). La pathologie musculaire (Henriksson 1994) et le système nerveux autonome (Martinez-Lavin 2007) ont également été étudiés. Il apparaît que les facteurs psychologiques ont une grande importance dans la fibromyalgie (Buskila et Cohen 2007), et White et coll. (2002) ont signalé que des manifestations de la détresse psychologique, telles que l'anxiété et la dépression, s'avéraient à la fois fréquentes et sévères chez un échantillon de patients atteints de fibromyalgie choisi dans la collectivité; la prévalence et la gravité seraient probablement plus élevées dans des échantillons tirés de centres spécialisés dispensant des soins secondaires ou tertiaires. D'après Thieme et coll. (2004), parmi 115 patients présentant une fibromyalgie, 33 % manifestaient un état d'anxiété et 35 % étaient atteints d'un problème thymique. Il est pourtant difficile de savoir si les troubles psychologiques sont à l'origine de la fibromyalgie ou s'ils en sont la conséquence (McBeth et coll. 2002). Pour terminer, on s'intéresse de plus en plus au rôle étiologique des facteurs sociaux, génétiques et environnementaux (Crofford 2007, Bradley 2008 2009). À ce jour, le syndrome reste inguérissable.

Symptômes et expérience de la maladie

En plus des principales caractéristiques liées à la douleur, à la fatigue et au sommeil perturbé, d'autres symptômes ont été associés à la fibromyalgie, soit : des sensations de tension musculaire et des courbatures matinales; des céphalées de tension et des migraines chroniques; des sensations de gonflement autour des articulations; un colon irritable et d'autres symptômes gastro-intestinaux; le syndrome prémenstruel; de la douleur à la région mandibulaire; des troubles microcirculatoires, comme le syndrome de Raynaud; des dysfonctionnements cognitifs, comme un manque de concentration et des pertes de mémoire (Adams et Sim 1998, Wallace et Hallegua 2004). Les symptômes de la fibromyalgie sont souvent très aléatoires et très imprévisibles, de telle manière que le patient éprouve un sentiment fort pénible d'incertitude dans sa maladie.

Bien que la douleur soit communément considérée comme la principale caractéristique de la fibromyalgie, Wolfe et coll. (1996) estiment que 76 % des patients se plaignent d'une fatigue dont la gravité est « cliniquement significative », et selon Bigatti et coll. (2008), on peut classer plus de 90 % de ces individus comme des « dormeurs perturbés ». Beaucoup de patients trouvent que la fatigue est plus nuisible que la douleur dans la vie quotidienne (Henriksson 1994, Schaefer 2005, Sturge-Jacobs 2002). De plus, la crainte de la douleur – à la différence de la douleur elle-même – peut avoir des conséquences extrêmement perturbatrices sur le fonctionnement journalier (Schaefer 1997).

Dans la vie quotidienne, les personnes atteintes de fibromyalgie expérimentent une gamme de problèmes psychosociaux (Sim et Madden 2008). La rupture de la vie familiale et des relations sociales est fréquente. Des difficultés se présentent également en milieu de travail; la nature et l'importance de ces difficultés sont influencées par la nature des tâches qui doivent être exécutées, par la capacité de l'individu de contrôler son environnement de travail et de s'y adapter, par les conditions physiques et psychosociales du travail et par les engagements et les responsabilités concurrentes hors du lieu de travail. Les problèmes en milieu de travail sont d'ailleurs fréquemment associés avec les perceptions douteuses d'autrui par rapport à l'authenticité des symptômes que témoigne le patient (Barker 2005, Mengshoel et Heggen 2004, Thorne et coll. 2004, Wolfe 2009). De plus, la question de la légitimité des symptômes peut faire en sorte que la relation entre le patient et le praticien soit peu satisfaisante (Paulson et coll., 2002, Söderberg et Lundman 2001). Les patients atteints de fibromyalgie se plaignent souvent que leurs symptômes ne sont pas pris au sérieux. De plus, ils estiment que la quête d'un diagnostic est parfois longue et peu concluante, du moins au début, et que le diagnostic, une fois achevé, n'apporte pas la résolution à laquelle ils s'attendaient (Madden et Sim 2006). Henriksson et coll. (1992) ont constaté que 90 % de leurs répondants étaient d'avis que la fibromyalgie influait nettement sur leur vie quotidienne et que 78 % avaient dû changer leurs routines et leurs habitudes quotidiennes pour affronter les conséquences de la fibromyalgie. Une fois atteint de la fibromyalgie, le patient a tendance à évaluer la qualité de nombreux aspects de sa vie comme étant gravement dégradés (Bernard et coll. 2000). L'impact de la fibromyalgie sur la qualité de vie paraît être semblable à celui de l'arthrite rhumatoïde, mais plus grand que celui d'autres troubles musculosquelettiques douloureux, comme la douleur lombaire chronique et le syndrome de douleur régionale complexe (Verbunt et coll. 2008). En outre, la détresse des jeunes femmes atteintes de fibromyalgie est plus grande que celle des plus âgées, même après avoir tenu compte de la durée des symptômes (Burckhardt et coll. 2001).

Mannerkorpi et coll. (1999) ont élaboré une typologie utile des diverses stratégies dans lesquelles les individus atteints de la fibromyalgie font face aux effets de cet état pathologique sur leur vie:

- *Stratégie combative*: gérer la vie quotidienne en luttant contre la douleur et la fatigue. La priorité est accordée au travail afin de résoudre le conflit entre les incapacités et la vie quotidienne. On s'efforce à maintenir une image de soi-même en bonne santé. Les loisirs sont très limités, à part ceux qui sont liés au milieu de travail.

- *Stratégie adaptative*: apprendre à affronter les symptômes en planifiant les activités pour s'adapter aux limitations.
- *Stratégie désespérée*: on ne peut plus faire face à la douleur, ni à sa situation générale. La perte de son ancien moi actif est difficile à accepter.
- *Capitulation*: on passe la plupart du temps au lit, ayant abandonné bien des activités et étant incapable de contrôler ni ses symptômes ni sa situation générale.

Traitement et gestion clinique de la fibromyalgie

En gros, la gestion clinique de la fibromyalgie se divise en stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques, ces dernières relevant du domaine particulier du praticien en réadaptation. Un nombre croissant de revues étudie l'efficacité de divers traitements et stratégies cliniques. C'est pourquoi de très brefs commentaires sur les conclusions de ces revues seront exposés ici. Il serait bon de consulter les revues elles-mêmes pour plus d'information.

Stratégies pharmacologiques

Les piliers du traitement pharmacologique de la fibromyalgie sont les antidépresseurs, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anti-épileptiques, les sédatifs et somnifères, les myorelaxants et les opiacés (Rao et Bennett 2003). Il faut considérer l'efficacité d'une certaine médication en rapport étroit avec des symptômes spécifiques de la fibromyalgie et avec le degré de tolérance inhérent à cette médication. C'est pourquoi Rao et Bennett (2003) préconisent que la gestion pharmacologique soit conçue spécialement pour les symptômes qui se présentent chez un certain patient, plutôt que selon une prescription pharmacologique plus générique.

Une méta-analyse de différents antidépresseurs a indiqué qu'ils s'avèrent efficaces à l'égard d'un certain nombre de symptômes liés à la fibromyalgie et que les antidépresseurs tricycliques peuvent produire d'importants effets (Häuser et coll. 2009a). En revanche, les preuves sont moins prometteuses en ce qui concerne les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les simples analgésiques (comme les opiacés), quoique les preuves soient en faveur du tramadol (Abeles et coll. 2008). Goldenberg (2007) cite des études appuyant l'utilisation des antidépresseurs tricycliques, des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ou de la combinaison sérotonine et noradrénaline), ainsi que des antiépileptiques comme la prégabaline et la gabapentine; parmi les analgésiques, ce n'est que le tramadol qui est conseillé. Les recommandations récemment promulguées par la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR) soutiennent l'utilisation du tramadol, des antidépresseurs, et de médicaments telles que le tropisetron, le pramipexole et la prégabaline, alors que les simples analgésiques reçoivent un appui plus modeste (Carville et coll. 2008). Les médicaments stéroïdiens semblent n'avoir aucun rôle à l'égard de la fibromyalgie.

Stratégies rééducatives

Deux études provenant du Royaume-Uni ont décrit les pratiques cliniques des praticiens en réadaptation par rapport à la fibromyalgie (Sim et Adams 2003, McVeigh et coll. 2004). Sim et Adams (2003) ont fait un sondage de auprès de kinésithérapeutes (physiothérapeutes) et d'ergothérapeutes se spécialisant en rhumatologie. Ils leur ont posé des questions sur leurs buts et leurs préférences relativement au traitement de la fibromyalgie. Parmi les ergothérapeutes, les objectifs

les plus fréquents étaient : l'accroissement du nombre d'activités fonctionnelles, la gestion de la douleur et la gestion de la fatigue. Les objectifs correspondants parmi les kinésithérapeutes étaient : l'accroissement de la tolérance à l'exercice, la réduction de la douleur, l'amélioration de la capacité fonctionnelle. Les interventions que les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes employaient le plus souvent étaient : la gestion de la fatigue, les exercices d'endurance, la rééducation des activités fonctionnelles, l'éducation posturale, la relaxation, les exercices de renforcement et l'hydrothérapie. L'étude menée par McVeigh et coll. (2004) concernait des kinésithérapeutes de l'Irlande du Nord et elle ne prenait pas pour cible des spécialistes en rhumatologie. Les objectifs cliniques que ces thérapeutes nommaient le plus souvent étaient : le renforcement du fonctionnement quotidien, l'amélioration de l'éducation du patient et la réduction de la douleur. Les interventions qu'ils employaient le plus souvent étaient : l'exercice, l'hydrothérapie, les programmes de gestion de la douleur et l'électrothérapie.

Ces dernières années, on a publié beaucoup de revues de traitements non pharmacologiques, dont des revues systématiques et des méta-analyses. Les principales méthodes et stratégies cliniques que l'on a incluses dans ces revues sont indiquées dans la figure 1.

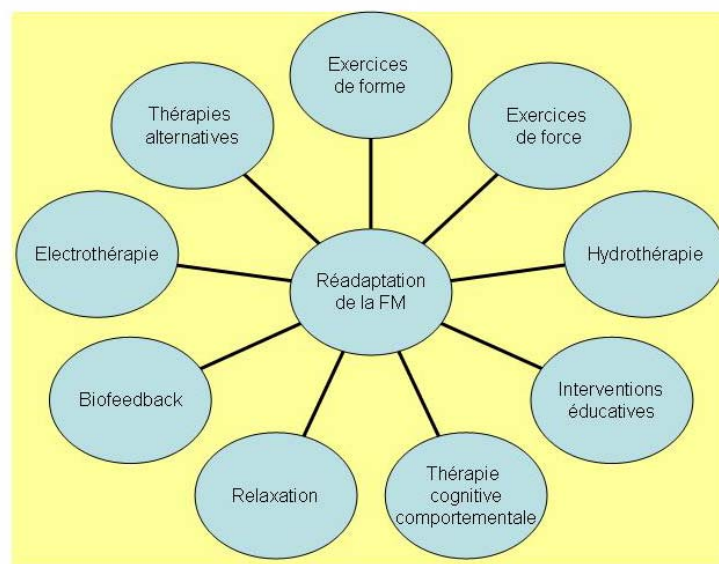


Figure 1. Stratégies non pharmacologiques employées pour la réadaptation de la fibromyalgie

Des revues récentes ont généralement préconisé – à des degrés divers – l'utilisation de l'exercice (Sim et Adams 1999, 2002, Mannerkorpi et Iverson 2003, Goldenberg et coll. 2004, Adams et Sim 2005, Arnold 2006, Jones et coll. 2006, Busch et coll. 2007, Carville et coll. 2008). De la même manière, des conseils cliniques produits par la commission d'Ottawa ont noté des preuves « émergentes » favorisant tant les exercices en force qu'en aérobie (Brosseau et coll. 2008a, 2008b). On a conçu des recommandations cliniques spécifiques concernant la thérapie par l'exercice de la fibromyalgie (Offenbächer et Stucki 2000, Gowans et deHueck 2004, Brosseau 2008a 2008b, McVeigh et O'Brien 2009):

- La prescription de l'exercice doit être individualisée en se fondant sur un examen soigné du patient, y compris une évaluation du niveau de sa condition physique;
- Les exercices devraient être entamés au niveau légèrement inférieur à la capacité du patient, puis en les augmentant de façon progressive et avec précaution, sans dépasser les limites de la douleur, jusqu'à ce qu'ils atteignent une intensité modérée;
- On devrait déconseiller au patient de se créer des attentes irréalistes par rapport à ses progrès dans l'immédiat;
- On doit mettre le patient en garde contre une augmentation de la douleur et de la fatigue à court terme, tout en le rassurant à l'effet que ces symptômes reprendront leur niveau normal en quelques semaines;
- On doit inciter le patient à incorporer l'exercice dans son mode de vie habituel.

Certaines études ont évalué l'exercice dans l'eau (l'hydrothérapie). En examinant dix études sur ce sujet, dont trois méthodologiquement valides, McVeigh et coll. (2008) ont conclu que les preuves en faveur de l'hydrothérapie sont fortes, ce qui venait appuyer les conclusions d'un examen préalable (Gowans et deHueck 2007).

On a également examiné minutieusement une autre catégorie d'intervention qui a reçu en conséquence un fort appui, soit les interventions psychologiques ou éducatives (Adams 2004). Selon Burckhardt (2005), les interventions de ce type peuvent améliorer les symptômes de la fibromyalgie en améliorant la connaissance des propres capacités des patients et Goldenberg et coll. (2004) estiment que les preuves qui étayent la thérapie cognitive comportementale, l'éducation et d'autres stratégies psychologiques appliquées à la fibromyalgie sont très concluantes. Williams (2003) affirme que les traitements psychologiques produisent des résultats d'une ampleur perceptible mais modérée, mais il est d'avis que ces résultats seront d'une plus grande ampleur si le programme de traitement est bien ciblé et que l'exercice y est inclus. Par contre, des résultats inférieurs se produisent dans le cas où le patient n'adhère pas complètement au programme thérapeutique (Arnold 2006).

Il n'y a que très peu d'appui empirique jusqu'ici envers le traitement de la fibromyalgie à l'électrothérapie (Gur 2006). Il faut également plus d'études sur le rôle de la rétroaction biologique (*biofeedback*) et de la relaxation.

On s'intéresse de plus en plus à l'utilisation des thérapies alternatives et complémentaires pour soigner la fibromyalgie (Holdcraft et coll. 2003, Hardy-Pickering et coll. 2007). À ce jour, on ne dispose pas de suffisamment de preuves pour faire des conclusions définitives sur l'efficacité de la plupart des traitements individuels dans ce domaine, bien que l'électropuncture en soit peut-être la plus prometteuse. En effet, selon Schneider et coll. (2009), il existe en sa faveur des preuves d'une ampleur « modérée ».

Une stratégie thérapeutique intégrée

Étant donné que la fibromyalgie est considérée comme étant complexe sur le plan étiologique, et sans doute multifactorielle, et du fait qu'elle se caractérise par une gamme de symptômes à la fois physiques et psychologiques, il n'est donc pas

surprenant que l'évaluation multidimensionnelle ait été préconisée (Mease 2008) et que l'on ait accordé beaucoup de soutien à des soins multimodaux/multidisciplinaires (Patkar et coll. 2003, Perrot et coll. 2008, Häuser et coll. 2009b). D'après leur méta-analyse de 49 études, Rossy et coll. (1999) précisent que le traitement non pharmacologique est plus efficace que le traitement pharmacologique employé seul en ce qui a trait aux symptômes de la fibromyalgie. Ils proposent donc que la gestion de cet état pathologique comprenne, en plus de médicaments appropriés pour la douleur et pour les troubles du sommeil, quelques traitements non pharmacologiques, en particulier, l'exercice et la thérapie cognitive comportementale. De la même manière, Clauw (2008) recommande que le traitement pharmacologique soit combiné à une intervention non pharmacologique au minimum. Soulignant la variabilité des symptômes, Brosseau et coll. (2008b) affirme qu'un programme très personnalisé, y compris plusieurs traitements différents, serait le plus bénéfique pour le patient. Masi et coll. (2002) croient que ces systèmes de traitement multimodaux devraient faire partie d'un programme thérapeutique axé sur l'individu. Il s'agit d'une stratégie qui répond à l'individualité des problèmes que présente le patient et qui crée chez ce dernier une perspective positive et un sens de la responsabilisation.

La gestion clinique optimale de la fibromyalgie ne consiste pas simplement en une combinaison particulière d'interventions thérapeutiques individuelles. La littérature psychosociale de plus en plus publiée à ce sujet porte à croire que pour construire une fructueuse relation thérapeutique, il faut y inclure une réponse informée et attentionnée à la manière dont le patient éprouve sa maladie, une reconnaissance des problèmes sociaux et psychologiques qu'entraînent un syndrome « invisible », une gestion soigneuse et minutieuse du processus avec lequel le diagnostic est communiqué et une conscience des répercussions profondes de la maladie, et aussi de l'étiquette diagnostique « fibromyalgie », sur le réseau social du patient et sur son environnement de travail.

Bibliographie

- Abeles M, Solitar BM, Pillinger MH, Abeles AM. 2008. Update on fibromyalgia therapy. *American Journal of Medicine* 121(7):555–561.
- Adams N. 2004 Psychological interventions in chronic illness. In: French S, Sim J (eds). *Physiotherapy: a Psychosocial Approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Adams N, Sim J. 1998. An overview of fibromyalgia syndrome: mechanisms, differential diagnosis and treatment approaches. *Physiotherapy* 84(7):304–318
- Adams N, Sim J. 2005. Rehabilitation approaches in fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation* 27(12):711–723.
- American Pain Society. 2005. *Guidelines for the Management of Fibromyalgia Syndrome Pain in Adults and Children*. Glenview, IL: American Pain Society.
- Arnold LM. 2006. Biology and therapy of fibromyalgia: new therapies in fibromyalgia. *Arthritis Research and Therapy* 8(4):212.

- Barker KK. 2005. *The Fibromyalgia Story: Medical Authority and Women's World of Pain*. Philadelphia: Temple University Press.
- Bernard AL, Prince A, Edsall P. 2000. Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care and Research* 13(1):42–50.
- Bigatti SM, Hernandez AM, Cronan TA, Rand KL. 2008. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis and Rheumatism* 58(7):961–967.
- Bradley LA. 2008. Pathophysiologic mechanisms of fibromyalgia and its related disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 69(Suppl 2):6–13.
- Bradley LA. 2009 Family and genetic influences on fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain* 16(1–2):49–57.
- Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Wilson KG, Dubouloz C-J, Casimiro L, Robinson VA, McGowan J, Busch A, Poitras S, Moldofsky H, Harth M, Finestone HM, Nielson W, Haines-Wangda A, Russell-Doreleyers M, Lambert K, Marshall AD, Veilleux L. 2008a. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: Part 1. *Physical Therapy* 88(7):857–871.
- Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Wilson KG, Dubouloz C-J, Casimiro L, Robinson VA, McGowan J, Busch A, Poitras S, Moldofsky H, Harth M, Finestone HM, Nielson W, Haines-Wangda A, Russell-Doreleyers M, Lambert K, Marshall AD, Veilleux L. 2008b. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for strengthening exercises in the management of fibromyalgia: Part 2. *Physical Therapy* 88(7):873–886.
- Burckhardt CS. 2005. Educating patients: self-management approaches. *Disability and Rehabilitation* 27(12):703–709.
- Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. 2001. Pain coping strategies and quality of life in women with fibromyalgia: does age make a difference? *Journal of Musculoskeletal Pain* 9(2):5–18.
- Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. 2007. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 4. Art. No.: CD003786.
- Buskila D, Cohen H. 2007. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Current Pain and Headache Reports* 11(5):333–338.
- Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, Da Silva JA, Danneskiold-Samsøe B, Dincer F, Henriksson C, Henriksson KG, Kosek E, Longley K, McCarthy GM, Perrot S, Puszczewicz M, Sarzi-Puttini P, Silman A, Späth M, Choy EH. 2008. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases* 67(4):536–41.

- Clauw DJ. 2008. Pharmacotherapy for patients with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychiatry* 69(Suppl 2):25–99.
- Cohen M L, Quintner JL. 1993. Fibromyalgia syndrome, a problem of tautology. *Lancet* 342(8876):906–909.
- Crofford LJ. 2007. Violence, stress and somatic syndromes. *Trauma, Violence and Abuse* 8(3):299–313.
- Croft P. 2008 Fibromyalgia and chronic widespread pain: making sense of the messages. *International Musculoskeletal Medicine* 30(3):101–104.
- Fitzcharles M-A. 1999. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The approving rheumatologist's evidence. *Baillière's Clinical Rheumatology* 13(3):437–443.
- Goldenberg DL. 1999. Fibromyalgia syndrome a decade later. What have we learned? *Archives of Internal Medicine* 159(8):777–785.
- Goldenberg DL. 2007. Pharmacological treatment of fibromyalgia and other chronic musculoskeletal pain. *Best Practice and Research in Clinical Rheumatology* 21(3):499–511.
- Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. 2004. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 292(19):2388–2395.
- Gowans SE, deHueck A. 2004. Effectiveness of exercise in management of fibromyalgia. *Current Opinion in Rheumatology* 16(2):138–142.
- Gowans SE, deHueck A. 2007. Pool exercise for individuals with fibromyalgia. *Current Opinion in Rheumatology* 19(2):168–173.
- Gran JT. 2003. The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Practice and Research in Clinical Rheumatology* 17(4):547–561.
- Gur A 2006. Physical therapy modalities in management of fibromyalgia. *Current Pharmaceutical Design* 12(1):29–35.
- Hadler NM, Greenhalgh S. 2004. Labeling woefulness: the social construction of fibromyalgia. *Spine* 30(1):1–4.
- Hardy-Pickering R, Adams N, Sim J, Roe B, Wallymahmed A. 2007. The use of complementary and alternative therapies for fibromyalgia. *Physical Therapy Reviews* 12(3):249–260.
- Hart FD. 1988. Fibrositis (fibromyalgia): a common non-entity? *Drugs* 35(3):320–327.
- Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenswolf M. 2009a. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of

- randomized controlled clinical trials. *Arthritis and Rheumatism: Arthritis Care and Research* 61(2):216–224.
- Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. 2009b. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA* 301(2):198–209.
- Henriksson CM, Gundmark I, Bengtsson A, Ek A-C. 1992. Living with fibromyalgia. Consequences for everyday life. *Clinical Journal of Pain* 8(2):138–144.
- Henriksson KG. 1994. Chronic muscular pain: aetiology and pathogenesis. *Baillière's Clinical Rheumatology* 8(4):703–719.
- Holdcraft LC, Assefi N, Buchwald D. 2003. Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. *Baillière's Best Practice and Research in Clinical Rheumatology* 17(4):667–683.
- Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B. 2005. Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27(12):685–695.
- Hunt IM, Silman AJ, Benjamin S, McBeth J, Macfarlane GJ. 1999. The prevalence and associated features of chronic widespread pain in the community using the 'Manchester' definition of chronic widespread pain. *Rheumatology* 38(3):275–279.
- Jones KD, Adams D, Winters-Stone K, Burckhardt CS. 2006. A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988–2005). *Health and Quality of Life Outcomes* 4(1):67 doi:10.1186/1477-7525-4-67.
- Kahn M-F. 2007. La fibromyalgie est d'abord un syndrome médical, ensuite une construction sociale. *Revue Médicale Suisse* 116:1558–1561.
- Macfarlane GJ. 1999. Generalized pain, fibromyalgia and regional pain: an epidemiological view. The approving rheumatologist's evidence. *Baillière's Clinical Rheumatology* 13(3):403–414.
- Macfarlane GJ, Croft PR, Schollum J, Silman AJ. 1996. Chronic widespread pain: is an improved classification possible? *Journal of Rheumatology* 23(9):1628–1632.
- Madden S, Sim J. 2006. Creating meaning in fibromyalgia syndrome. *Social Science and Medicine* 63(11):2962–2973.
- Mannerkorpi K, Iverson MD. 2003. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Baillière's Best Practice and Research in Clinical Rheumatology* 17(4):629–647.
- Mannerkorpi K, Kroksmark T, Ekdahl C. 1999. How patients with fibromyalgia experience their symptoms in everyday life. *Physiotherapy Research International* 4(2):110–122.

- Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E. 1995. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *Journal of Rheumatology* 22(2):270–274.
- Martinez-Lavin M. 2007. Biology and therapy of fibromyalgia: stress, the stress response system, and fibromyalgia. *Arthritis Research and Therapy* 9(4):216. (doi:10.1186/ar2146)
- Masi AT, White KP, Pilcher JJ. 2002 Person-centered approach to care, teaching, and research in fibromyalgia syndrome: justification from biopsychosocial perspectives in populations. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 32(2):71–93.
- McBeth J, Macfarlane GJ, Silman AJ. 2002. Does chronic pain predict future psychological distress? *Pain* 96(3):239–245.
- McLean SA, Clauw DJ. 2005. Biomedical models of fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation* 27(12):659–665.
- McNally JD, Matheson DA, Bakowsky VS. 2006. The epidemiology of self-reported fibromyalgia in Canada. *Chronic Diseases in Canada* 27(1):9–16.
- McVeigh JG, Archer S, Hurley D, Baxter GD, Basford JR. 2004 Physiotherapy management of fibromyalgia syndrome: a survey of practice in Northern Ireland. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 11(2):71–77.
- McVeigh JG, Hurley DA, Basford JR, Sim J, Finch MB. 2003. The pathogenesis of fibromyalgia syndrome: an update. *Physical Therapy Reviews* 8(4):211–216.
- McVeigh JG, McGaughey H, Hall M, Kane P 2008 The effectiveness of hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review. *Rheumatology International* 29(2):119–130.
- McVeigh JG, O'Brien. 2009. Fibromyalgia syndrome. In: Dziedzic K, Hammond A (eds). *Rheumatology: Evidence-Based Practice for Physiotherapists and Occupational Therapists*. Edinburgh: Elsevier.
- Mease PJ. 2008. Assessment of patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain* 16(1–2):75–83.
- Mengshoel A M, Heggen K. 2004. Recovery from fibromyalgia – previous patients' own experiences. *Disability and Rehabilitation* 26(1):46–53.
- Nielsen LA, Henriksson KG. 2007. Pathophysiological mechanisms in chronic musculoskeletal pain (fibromyalgia): the role of central and peripheral sensitization and pain disinhibition. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology* 21(3):465–480.
- Offenbächer M, Stucki G. 2000. Physical therapy in the treatment of fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 29(suppl 113):78–85.

- Ofluoglu D, Berker N, Güven Z, Canbulat N, Yilmaz IT, Kayhan Ö. 2005. Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology* 24(5):490–492.
- Oliver K, Cronan TA, Walen HR. 2001. A review of multidisciplinary interventions for fibromyalgia patients: where do we go from here? *Journal of Musculoskeletal Pain* 9(4):63–80.
- Patkar AA, Bilal L, Masand PS. 2003. Management of fibromyalgia. *Current Psychiatry Reports* 5(3):218–224.
- Paulson M, Norberg A, Danielson E. 2002. Men living with fibromyalgia-type pain: experiences as patients in the Swedish health care system. *Journal of Advanced Nursing* 40(1):87–95.
- Perrot S, Dickenson AH, Bennett RM. 2008. Fibromyalgia: harmonizing science with clinical practice considerations. *Pain Practice* 8(3):177–189.
- Rao SG, Bennett RM. 2003. Pharmacological therapies in fibromyalgia. *Best Practice and Research in Clinical Rheumatology* 17(4):611–627.
- Rossy LA, Buckelew SP, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, Hewett JE, Johnson JC. 1999. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 21(2):180–191.
- Russell IJ. 1999. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The clinical investigator's evidence. *Baillière's Clinical Rheumatology* 13(3):445–454.
- Schaefer KM 1997. Health patterns of women with fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing* 26(3):565–571.
- Schaefer KM. 2005. The lived experience of fibromyalgia in African American women. *Holistic Nursing Practice* 19(1):17–25.
- Schneider M, Vernon H, Ko G, Lawson G, Perera J. 2009. Chiropractic management of fibromyalgia syndrome: a systematic review of the literature. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 32(1):25–40.
- Sim J, Adams N. 1999. Physical and non-pharmacological interventions for fibromyalgia. *Baillière's Clinical Rheumatology* 13(3):507–523.
- Sim J, Adams N. 2002. Systematic review of randomized controlled trials of non-pharmacological interventions for fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain* 18(5):324–336.
- Sim J, Adams N. 2003. Therapeutic approaches to fibromyalgia syndrome in the United Kingdom: a survey of occupational therapists and physical therapists. *European Journal of Pain* 7(2):173–180.

- Sim J, Madden S. 2008. Illness experience in fibromyalgia syndrome: a metasynthesis of qualitative studies. *Social Science and Medicine* 67(1):57–67.
- Smythe HA. 2009. Explaining medically unexplained symptoms: widespread pain. *Journal of Rheumatology* 36(4):679–682.
- Smythe HA, Moldofsky H. 1977. Two contributions to the understanding of the “fibrositis” syndrome. *Bulletin on the Rheumatic Diseases* 28(1):928–931.
- Söderberg S, Lundman B. 2001. Transitions experienced by women with fibromyalgia. *Health Care for Women International* 22(7):617–631.
- Staud R. 2006. Biology and therapy of fibromyalgia: pain in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Research and Therapy* 8(3):208. (doi:10.1186/ar1950)
- Staud R, Spaeth N. 2008. Psychophysical and neurochemical abnormalities of pain processing in fibromyalgia. *CNS Spectrums* 3(3, Suppl 5):12–17.
- Sturge-Jacobs M. 2002. The experience of living with fibromyalgia: confronting an invisible disability. *Research and Theory for Nursing Practice* 16(1):19–31.
- Thieme K, Turk DC, Flor H. 2004. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine* 66(6):837–844.
- Thorne S, McGuinness L, Con A, Cunningham M, Harris SR. 2004. Health care communication issues in fibromyalgia: an interpretive description. *Physiotherapy Canada* 56(1):31–38.
- van West D, Maes M. 2001 Neuroendocrine and immune aspects of fibromyalgia. *BioDrugs: Clinical Immunotherapeutics, Biopharmaceuticals and Gene Therapy* 15(8):521–531.
- Verbunt JA, Pernot DHFM, Smeets RJEM. 2008. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes* 6(1):8 doi:10.1186/1477-7525-6-8
- Vierck CJ. 2006. Mechanisms underlying development of spatially distributed chronic pain (fibromyalgia). *Pain* 124(3):242–263.
- Wallace DJ, Hallegua DS. 2004. Fibromyalgia: the gastrointestinal link. *Current Pain and Headache Reports* 8(5):364–368.
- White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. 2002. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *Journal of Rheumatology* 29(3):588–594.

- White KP, Speechley M, Harth M, Østbye T. 1999. The London fibromyalgia epidemiology study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *Journal of Rheumatology* 26(7):1570–1576.
- Williams DA. 2003. Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology* 17(4):649–665.
- Wolfe F. 2009. Fibromyalgia wars. *Journal of Rheumatology* 36(4):671–678.
- Wolfe F, Hawley DJ, Wilson K. 1996. The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *Journal of Rheumatology* 23(8):1407–1417.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert J. 1995. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism* 38(1):19–28.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam AG, Farber SJ, Fiechtner JJ, Franklin CM, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbraun AS, Masi AT, McCain GA, Reynolds WJ, Romano TJ, Russell IJ, Sheon RP. 1990. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism* 33(2):160–172.
- Yunus MB, Masi AT, Aldag JC. 1989. Preliminary criteria for fibromyalgia syndrome (PFS): multivariate analysis of a consecutive series of PFS, other pain patients and normal subjects. *Clinical and Experimental Rheumatology* 7(1):63–69.