



# La fibromyalgie : du doute aux découvertes

## Dans cet article

1. Revue de la fibromyalgie à partir d'articles récents.
2. Quelles sont les causes de la fibromyalgie?
3. Quel est le traitement de la fibromyalgie?

Par Monique Camerlain, M.D., FRCPC

Le présent article s'écartera de la présentation didactique usuelle sur le diagnostic et le traitement de la fibromyalgie. Nous proposons, au lieu de la revue exhaustive du sujet, une réflexion à partir d'articles récents.

## Qu'est-ce que la fibromyalgie?

La fibromyalgie est associée à un tableau de douleur musculaire diffuse dans les 4 quadrants du corps, avec douleur à la pression digitale de 11 points sur 18 tels que définis par l'*American College of Rheumatology*. Le tableau doit subsister plus de trois mois.<sup>1</sup> Toutefois, les

patients qui répondent à ces critères sont différents de ceux qui souffrent de douleur chronique.

Selon la description historique initiale, la pression appliquée devait être de 4 kilogrammes au point, soit assez pour faire blanchir l'ongle. Les sujets normaux tolèrent en moyenne 5,6 kg. Parmi ceux qui satisfont aux critères, certains n'ont jamais consulté : ils tolèrent 2,6 kg en moyenne. Enfin, ceux qui satisfont aux critères et ont déjà consulté ne tolèrent que 1,9 kg. On sait par ailleurs que si la psychopathologie n'explique pas à elle seule la cause du tableau, elle influence qui consultera et qui s'engagera dans le cercle vicieux de la douleur chronique. En effet, dans une étude longitudinale d'une durée de 30 mois chez des sujets satisfaisant aux critères de la fibromyalgie, ceux qui ont consulté différaient de ceux qui n'ont



La **Dre Camerlain** est membre-conseil, Service de rhumatologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

**BEXTRA<sup>MC</sup>**

Pour plus de détails,  
voir la page 30

# La fibromyalgie

**Selon une étude, on retrouve des antécédents de dépression dans 50 % à 70 % des cas de fibromyalgie.**

pas consulté par une prévalence plus élevée au départ de stress relié à l'emploi, de troubles de l'humeur, de toxicomanie, de consommation médicamenteuse en général et de consommation de médicaments pour des problèmes digestifs en particulier.<sup>2</sup>

Ainsi, la pression de 4 kg au point musculaire profond de la fibromyalgie donne une meilleure idée du spectre total des personnes affligées par la maladie. Par ailleurs, elle évite peut-être qu'on ne se concentre que sur les personnes les plus atteintes et chez qui le pronostic est le plus sombre. On verra plus loin que les études contemporaines, par résonance magnétique, confirment la réalité de cette opinion historique sur la pression à exercer.

On a rapporté une anomalie alpha de l'électro-encéphalogramme de stade 4 dans la fibromyalgie, ce qui n'est en rien spécifique. En effet, on retrouve ces changements chez 15 % des sujets normaux. Et bien qu'on ait reproduit des symptômes de type fibromyalgique par l'éveil des personnes sédentaires, ces anomalies ne se reproduisent pas chez des gens en bonne condition physique.<sup>3</sup>

## La fibromyalgie et la maladie psychiatrique

L'association à la maladie psychiatrique est souvent rapportée : on retrouve des antécédents de dépression dans 50 % à 70 % des cas de fibromyalgie. En revanche, seulement de 18 % à 36 % des patients souffrent à la fois de fibromyalgie et de dépression.<sup>3</sup> Les symptômes de fatigue, de troubles du sommeil et de problèmes cognitifs sont communs aux deux maladies. Les

comorbidités comme la céphalée, la fatigue chronique, le côlon irritable et le syndrome prémenstruel sont aussi fréquents dans les deux maladies. Yunus parle du « spectre des syndromes dysfonctionnels » qui se chevauchent et ont des caractères communs.<sup>4</sup>

Deux tiers des fibromyalgies répondent aux critères du syndrome de la fatigue chronique, et réciproquement. Il en est de même pour le syndrome du côlon irritable. Hadler croit que le diagnostic dépend de la porte d'entrée dans les services de santé.<sup>5</sup>

Chez 183 patients de la Clinique de fibromyalgie de la *Kayser Permanente* au Colorado, 74 % rapportaient des antécédents de traumatisme, 53 % des antécédents d'abus, 34 % avaient des antécédents de dépression majeure, 29 % d'anxiété et 17,4 % de panique. On retrouvait des troubles bipolaires chez 59,2 % d'entre eux.<sup>6</sup> Il est intéressant de noter que les patients qui ont été victimes d'abus physiques et sexuels ont davantage recours aux soins et aux médicaments que les autres. Ce groupe recommande la collaboration des rhumatologues avec les psychiatres et les intervenants en thérapie cognitive comportementale.

## Qui en souffre?

Selon une étude ontarienne, la prévalence de la fibromyalgie est de 3,3 % dans la population : 4,9 % chez les femmes et 1,6 % chez les hommes. Elle est plus fréquente dans les groupes socio-économiquement défavorisés.<sup>7</sup> On retrouve cette maladie partout dans le monde. Bien que certains postulent une épidémie engendrée par les systèmes de compensation des pays occidentaux, il n'y a pas de preuve d'un accroissement de l'incidence ou de la prévalence. La recherche ne confirme pas que le fait de poser le diagnostic entraîne un comportement anormal et une dépendance au système médical.<sup>8</sup> Les patients qui souffrent de fibromyalgie rapportent un taux élevé et varié de douleur et d'expériences défavorables durant leur vie. À cet effet, une étude sur l'enfance de ces patients a révélé des taux élevés de toutes les formes d'abus.<sup>9</sup> Ces expériences douloureuses, vraies ou perçues, sont en faveur de l'hy-

pothèse d'un trouble de la perception de la douleur dans cette maladie.<sup>10</sup>

## Quels sont les coûts?

Il semble donc qu'une réorientation de la perspective médicale de première ligne pourrait entraîner une prise en charge précoce et vigoureuse de ces patients, contribuant à réduire les coûts sociaux de cette maladie tant dans le système de santé que dans le système de compensation à long terme. On sait que dans une étude multicentrique où les patients ont été suivis pendant 7 ans, ceux qui souffraient de fibromyalgie consultaient en moyenne 10 fois l'an, qu'ils consommaient en moyenne 3 médicaments liés à leur maladie et qu'en 1996, le coût annuel par patient était de 2 274 dollars américains.<sup>11</sup> À pareille date, aux États-Unis, 11 % des patients atteints de fibromyalgie étaient admissibles aux rentes d'invalidité, ce qui équivaut à un coût annuel de 8 milliards de dollars pour le contribuable américain.<sup>12</sup>

## Quelles sont les causes?

Plusieurs hypothèses sont évoquées pour tenter d'expliquer cette maladie, mais aucune n'apporte encore de réponse définitive (tableau 1). Aucun de ces mécanismes ne fait l'unanimité et n'est encore prouvé par une méthodologie scientifique rigoureuse. On suggère présentement que la fibromyalgie résulte d'interactions complexes entre des stressors externes, des construits comportementaux, des hormones, des neurotransmetteurs et les systèmes sympathique et immunitaire.<sup>13,14</sup>

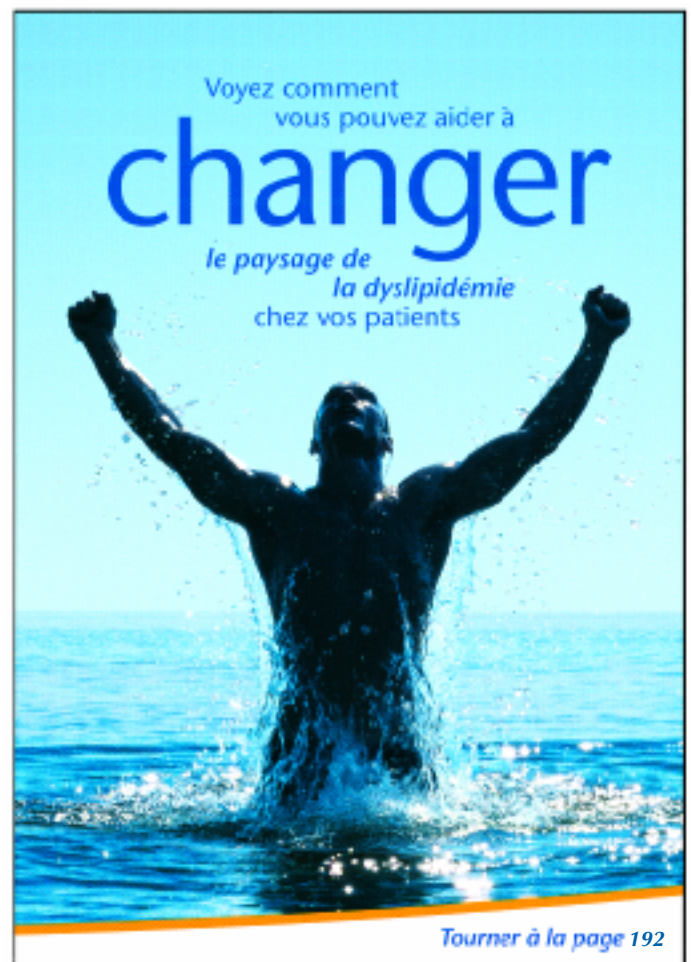
## Les découvertes récentes

Je discuterai ici des résultats de certaines recherches particulièrement intéressantes parmi les plus récentes.

Lorsqu'on compare la résonance magnétique cérébrale de personnes normales à celle de fibromyalgiques que l'on soumet à une pression du lit de l'ongle du pouce, on constate une réponse

**Un ensemble de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques améliore l'état d'environ 80 % des patients.**

douloureuse à 2,4 kg/cm<sup>2</sup> pour les fibromyalgiques et une réponse à 4,2 kg/cm<sup>2</sup> pour le groupe témoin. L'activité cérébrale est aussi différente dans les deux groupes : chez les fibromyalgiques, elle augmente dans les régions somatosensorielles primaires, secondaires et d'association de même que dans l'insula, le putamen et le cervelet.<sup>15</sup> Ce phénomène ne peut s'expliquer uniquement par des facteurs psychologiques.



# La fibromyalgie

Tableau 1

## Les mécanismes proposés dans la physiopathologie de la fibromyalgie

### Anomalies musculaires

- Diminution de la phosphocréatine et de l'adénosine triphosphate musculaire
- Diminution de la perméabilité capillaire

### Anomalies du système nerveux central

- Anomalies du sommeil
- Trouble d'interprétation de la douleur

### Neurohormones et amplification de la perception de la douleur

- Déficience en sérotonine
- Métabolisme anormal des endorphines
- Augmentation de la substance P du liquide céphalorachidien
- Déficience de l'hormone de croissance
- Diminution de la réponse adrénalinienne
- Dysfonction de l'axe hypothalamo-hypophysaire

### Troubles immunitaires

- Rôle des cytokines

Adapté de : Fibromyalgia Syndrome. M.Nergis Alnigenis (Yanmaz), Peter Barland ([www.cyberound.com](http://www.cyberound.com)).

On a aussi démontré que les récepteurs delta et kappa sont exprimés de façon accrue dans la peau des fibromyalgiques, ce qui peut être secondaire à la douleur persistante.<sup>16</sup>

Les altérations du sommeil, de la sérotonine et de la substance P, de même que l'hypothèse d'une hyperexcitabilité de la corne postérieure médullaire, sont depuis longtemps connues. Il s'est ajouté récemment la notion de convergence médullaire, qui contribuerait à expliquer plusieurs symptômes classiques comme le côlon irritable.<sup>14</sup>

Il est important de discuter du rôle qu'on croit relié à des cytokines dans les interactions complexes impliquées dans la fibromyalgie, car il pourrait illustrer la nécessité d'une intervention vigoureuse et précoce.

Dans une étude récente qui comparait 56 fibromyalgiques à 36 sujets normaux, on a retrouvé des altérations de l'Il Ra et de l'Il 8 qui sont plus importantes chez les sujets dont la maladie dure depuis plus de 2 ans

que ceux chez qui elle évolue depuis moins de 2 ans.<sup>17</sup>

Dans une autre étude menée auprès de 10 patients fibromyalgiques depuis plus de 2 ans et qui présentaient une arthrite rhumatoïde ou un lupus associés, les taux de l'Il 6 étaient plus élevés que dans le groupe témoin.<sup>13</sup> Ainsi, certains symptômes de la fibromyalgie pourraient peut-être s'expliquer par l'action des cytokines, puisque d'autres études ont révélé que l'Il 6 cause de la fatigue, de l'hyperalgésie et de la dépression et que l'Il 8 est médiatrice de la douleur sympathique.

L'élévation des niveaux de cytokines après deux ans d'évolution suggère l'intérêt d'une intervention thérapeutique vigoureuse précoce — avant que les changements ne se soient établis — comme dans le cas de l'arthrite rhumatoïde, où le rôle des cytokines est important et doit être maîtrisé avant que les dommages ne soient permanents.

D'autres études présentent des anomalies neuroendocrines avec une fonction anormale de l'axe



hypothalamo-hypophysaire et surrénalien et de l'axe de l'hormone de croissance. Ces anomalies, comme celles du système nerveux autonome, pourraient expliquer les sensations de douleur, d'asthénie et de fatigue dont se plaignent ces patients.<sup>18</sup>

Yunus a élaboré un modèle des mécanismes centraux et périphériques qui entraînent une perception anormale de la douleur chez ces patients.<sup>19</sup> Les voies complexes reposent sur une prédisposition probablement génétique et sur l'hypothèse neuro-hormonale hétérogène.

En raison de symptômes multiples et issus de nombreux systèmes, ces patients sont soumis à de nombreuses procédures souvent inutiles et effractives qu'ils recherchent souvent pour expliquer l'origine de leurs nombreux malaises. On rapporte ainsi des résonances magnétiques cérébrales, des tomodensitogrammes de l'abdomen, du thorax, un électrocardiogramme et des endoscopies digestives et vésicales. Même après que le diagnostic soit connu, ces patients se soumettent à un examen radiologique

par année et à 2,5 bilans de laboratoire, en moyenne. Ils subissent plus d'opérations chirurgicales du cou, du dos, de l'abdomen et gynécologiques que les témoins.<sup>11</sup>

Le bilan de ces patients repose sur l'anamnèse et l'examen clinique. On le complète par une formule sanguine, une sédimentation, un facteur rhumatoïde et une analyse de l'hormone thyroïdienne.

Le tableau de symptômes multiples que présentent ces patients et les évaluations souvent inutiles qui en résultent doivent nous faire réfléchir sur les coûts engendrés dans le système de santé par une maladie qui touche 3 % de la population. L'éducation et le soutien du patient sont donc de la plus haute importance. Celui-ci doit comprendre que sa polysymptomatologie ne signe aucunement une détérioration de sa maladie, qu'elle ne justifie pas des bilans coûteux et répétés et

qu'elle ne doit pas ralentir son processus d'adaptation à la maladie et de réintégration professionnelle et sociale. Le Collège des médecins du Québec l'a précisé dans ses lignes directrices de 1996.<sup>20</sup>

### Qu'en est-il du traitement?

Le traitement en est principalement un de soutien. Bien qu'il ne soit pas curatif, un ensemble de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques améliore l'état d'environ 80 % des patients. Les formes les plus graves auront besoin d'équipes multidisciplinaires et souvent d'aide psychiatrique et psychobehaviorale.

On recommande une attitude positive d'empathie de la part du médecin. Il doit poser un diagnostic certain et

éduquer le patient sur les mécanismes, les interactions et les facteurs psychosociaux en cause dans cette maladie. Il doit rassurer le patient sur la nature bénigne de la fibromyalgie, lui dire qu'elle ne cause aucun dommage tissulaire, tout

en reconnaissant que la douleur est réelle. Il doit diriger le patient dans une prise en charge active et précoce de sa maladie, et il est impératif d'éviter toutes les mesures qui encouragent la passivité et le rôle de victime. Il doit individualiser l'approche selon la gravité des symptômes et les facteurs aggravants. Les problèmes mentaux doivent être reconnus, abordés puis traités et référés en spécialité si nécessaire. L'approche behaviorale cognitive est recommandée. On vise une attitude positive et une responsabilisation du patient. Il doit y avoir gestion du sommeil. L'activité physique allant vers l'aérobie doit être entreprise rapidement et de façon progressive : c'est la base même du traitement. Il ne suffit pas d'encourager les exercices posturaux et de flexibilité car la production d'endorphines, qui exercent un effet bénéfique, survient au moment où l'on passe en aérobie. On

**Le médecin doit rassurer le patient sur la nature bénigne de la fibromyalgie, tout en reconnaissant que la douleur est réelle.**

# La fibromyalgie

Tableau 2

## Les agents pharmacologiques d'action centrale utilisés pour traiter la fibromyalgie

Médicaments	Inhibiteur de la recapture			Effets secondaires	
	Dosage quotidien (mg)	Sérotonine	Norépinéphrine	Anticholinergiques	Sédation
<b>Agents tricycliques</b>					
Amitriptyline	10 à 100	+++	+	+++++	++++
Doxépine	10 à 100	+++	+	+++++	++++
Imipramine	10 à 100	+++	++	++++	+++
Désipramine	10 à 100	++	+++++	++	+
Nortriptyline	10 à 100	+++	+++	++++	++
Cyclobenzaprine	10 à 40	+++	+	+	++++
<b>Dérivés de la triazolopyridine</b>					
Trazodone	25 à 200	++	0	+	+++
<b>ISRS</b>					
Fluoxétine	10 à 60	++++	0	+	0
Paroxétine	10 à 40	+++++	0	+	0
Sertraline	25 à 50	++++	0	+	0
<b>Antidépresseurs atypiques</b>					
Venlafaxine	25 à 50	+++	+++	+	0
Nefazodone	50 à 400	+++	+++	+	0
<b>Opioïde atypique</b>					
Tramadol	200 à 400	+	+	0	0

À noter : plusieurs de ces agents ne sont pas offerts au Canada et la plupart n'ont pas d'indication officielle dans le traitement de la fibromyalgie.  
Adapté de : Yunus, MB : Fibromyalgia and related Syndromes. Best Practice of Medicine Feb:1, 2000.  
ISRS : Inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine; 0 : aucun; + : faible; +++++ : très élevé.

peut utiliser diverses modalités de gestion du stress comme la méditation ou le yoga. Il faut par ailleurs décourager l'utilisation d'une canne, d'un fauteuil roulant ou d'autres aides à la mobilité qui n'ont pas leur place dans le traitement de la fibromyalgie. De la même façon, il faut éviter l'arrêt de travail prolongé, un geste sérieux qui centre le patient sur sa douleur, le prive d'une source importante de valorisation personnelle et sociale, engendre une perte de revenus pour lui et sa famille et le dirige souvent dans un processus de litige où le besoin de prouver qu'il est invalide va à l'encontre de la réadaptation souhaitée.<sup>14,18-20</sup>

Plusieurs médicaments qui agissent sur le système nerveux central sont utilisés dans le traitement de la fibromyalgie. Nous les résumons, avec leur dosage et leur effets et toxicités, au tableau 2. J'aimerais y ajouter la description de deux études récentes sur des thérapies expérimentales et un commentaire sur la prise d'opioïdes.

La prégabaline, agent qui se lie aux canaux calciques et module l'influx de calcium, entraîne un effet analgésique, anxiolytique et anticonvulsivant. On a démontré, dans une étude à double insu avec placebo menée chez 529 patients, une amélioration de la qualité

du sommeil, de la fatigue et une amélioration de la qualité de vie, en plus d'une réduction de la douleur. Ce produit n'est pas encore offert ou indiqué dans le traitement de la fibromyalgie au Canada.<sup>22</sup> Actuellement, certains utilisent aussi la gabapentine pour un effet de stabilisation spinale et on explore la possibilités d'autres agents en ce sens.<sup>14</sup>

Des chercheurs britanniques ont aussi remarqué l'effet bénéfique de la lidocaïne en infusion intraveineuse durant 6 heures pour une période de 6 jours en milieu hospitalier chez 110 patients. Ces patients avaient un monitoring constant de l'électrocardiogramme et de la tension artérielle. En effet, 50 % des 110 patients ont évoqué une amélioration. Cette thérapie est encore expérimentale et doit bien sûr, en raison de ses risques cardiovasculaires, être réservée aux centres qui en ont l'expérience.<sup>17</sup>

La prise d'opiacés est un sujet hautement controversé dans la fibromyalgie. La fibromyalgie a une plus forte prévalence dans les milieux socio-économiquement défavorisés et elle est associée à un passé d'expériences indésirables multiples et de maladies psychiatriques fréquentes. On sait que les quelque 450 décès rapportés avec la prescription laxiste de l'oxycodone aux États-Unis se sont principalement produits chez des femmes habitant des régions pauvres, comme la région des Appalaches. Ces décès ont donné lieu à un avertissement de la *Food and Drug Administration*.<sup>21</sup> Il n'existe aucune étude qui a révélé un bénéfice à long terme de ces agents dans les douleurs musculaires diffuses comme la fibromyalgie.<sup>22</sup> Nous

sommes de l'avis des experts qui croient qu'une extrême prudence doit être exercée dans cette maladie multifactorielle : les narcotiques doivent être évités tant que des études rigoureuses ne seront pas publiées. Il ne faut pas confondre douleur et souffrance chez ces patients : *Primum non nocere*.

En résumé, on peut dire que la fibromyalgie est une entité officielle distincte qui a sa définition propre au code des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé, ses critères et ses ouvrages. La recherche contemporaine met en évidence des mécanismes physiopathologiques neuro-immuno-endocriniens qui ne peuvent s'expliquer par la seule psychopathologie. Ces mécanismes sont complexes. Il reste que les stressors initiaux, les expériences douloureuses et abusives passées de même que les facteurs psychobehavioraux ont une importance majeure dans l'expression du tableau. On peut dire que 80 % des patients améliorent leur état grâce à un ensemble de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques simples. Les autres bénéficient d'une approche multidisciplinaire. Une prise en charge rapide et vigoureuse de même que la

*Suite à la page 86.*



# La fibromyalgie

mise au point de nouveaux agents amélioreront encore le pronostic de cette maladie, qui est meilleur qu'on ne l'avait cru en pratique de première ligne. Une extrême prudence doit s'exercer en ce qui a trait à l'invalidité et à la prise d'opiacés chez ces patients. *Clin*

## À retenir...

- Deux tiers des fibromyalgies répondent aux critères du syndrome de la fatigue chronique et réciproquement. Il en est de même pour le syndrome du côlon irritable.
- Selon une étude ontarienne, la prévalence de la fibromyalgie est de 3,3 % dans la population : 4,9 % chez les femmes et 1,6 % chez les hommes.
- Le traitement en est principalement un de soutien. Bien qu'il ne soit pas curatif, un ensemble de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques améliore l'état d'environ 80 % des patients.
- Lors du traitement, on vise une attitude positive et une responsabilisation du patient.
- Il faut éviter l'arrêt de travail prolongé.

## Références

1. Wolfe, F, Smythe, HA, Yunus, MD, et coll. : The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of Fibromyalgia, Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 32(2):160, 1990.
2. Aaron, LA, Bradley, Alexander, MT, et coll. : Work stress, psychiatric history, medication usage predict initial use of medical treatment for fibromyalgie symptoms: Prospective analysis. Dans : Jensen, TS, Turner, JA, et coll. : *Proceedings of the World Congress on Pain Research and Management Vol 8 Seattle ASP Press 1999:683.*
3. Moldovsky, H : Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 15(1):91, 1989.
4. Goldenberg, D : Fibromyalgia syndrome a decade later. What have we accomplished? What have we learned? *Archives of Int Med* 159(8):777, 1999.
5. Yunus, MD : Dysfunctional Spectrum Syndrome. A unified concept for many common maladies. *Quarterly Newsletter of Fibromyalgia Association* 4:4, automne 1996.
6. Hadler, NM : Fibromyalgia, chronic fatigue and other iatrogenic diagnostic algorithms. *Post graduate medicine* 102: 2:161, 1997.
7. Wolfe, F, Ross, K, et coll. : The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 39, 1928M, 1995.
8. White, KP, Harth, M : Classification, epidemiology and natural history of fibromyalgie. *Curr Pain Headache Rep* Aug5(4):320, 2001.
9. Wilker, EA, Keegan, D, Gardner, G, et coll. : Psychosocial factors in fibromyalgie compared to rheumatoid arthritis. Sexual, Physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine* 59:572, 1997.
10. Poyhia, R, Daosta, D, Fitchard, MA : Previous pain experience with fibromyalgie and Inflammatory Arthritis and nonpainful Controls. *J Rheumatol* 28:1888, 2001.
11. Wolf, F, Anderson, J, Harkness, D et coll. : A prospective longitudinal multicenter study of service utilisation in fibromyalgie. *Arthritis Rheum* 40:1560, 1997.
12. La fibromyalgie : historique, prévalence et coûts socio-économiques d'une maladie controversée. *Le Clinicien Supplément* 14(11):2, 1997.
13. Wallace, DJ, Linker-Israeli, H, et coll. : Cytokines play an aetiopathogenic role in fibromyalgia: A hypothesis and pilot study. *Rheumatology (Oxford)* 5:320, 2001.
14. Arsenault, P, Marchand, S : La fibromyalgie en l'an 2202 : des pistes intéressantes. *Med Actuel FMC Juin*, p. 26, 2002.
15. Gracely, R, Petzke, F, Wolfe, JM, et coll. : Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgie. *Arthritis Rheum* 46:1333, 2002.
16. Salemi, S, Kaeser, L, Bradley, A et coll. : Expression of opioid receptor (er) variants in skin and muscle tissues in fibromyalgie patients Selected Fibromyalgia Research Abstracts From Medical Journals and Meetings Ed by National Fibromyalgia Association. From American College of Rheumatology Meeting, octobre, novembre 2000, p 56.
17. Raphael, JH, Southall, JL, et coll. : Efficacy and adverse effects of intravenous lidocaine therapy in fibromyalgie syndrome. *BMC Musculoskeletal Disord* 8(3):1, 2002.
18. Woolfrey, P : The key to figuring out fibromyalgie *Can Journ Of CME* 13(4):71, 2001.
19. Yunus, MB : Fibromyalgia and related Syndromes. *Best Practice of Medicine* février, p. 1, 2000.
20. Bernier, R : Fibromyalgie. Collège des médecins du Québec. Montréal, Québec. Juin, 1996.
21. Summary of medical examiner reports on oxycodone-related deaths. Drug enforcement administration, 2002. En ligne : <http://www.deadiversion.usdoj.gov/drugs-concern/oxycodone-oxycontin7.htm>
22. Evidence-Based Recommendations for Medical Management of Chronic Non-Malignant Pain Reference Guide for Clinicians. Facilitated by the College of Physicians and Surgeons of Ontario, novembre 2000.

**Voir les questions les plus fréquemment posées sur la fibromyalgie dans la rubrique Consultation éclair à la page 21.**