

EDITORIAL

DÉJÀ VU

RECENTLY ATTENTION has focused on the intrathecal and epidural injection of small amounts of narcotics to produce prolonged pain relief. This was considered a major advance in pain control in the postoperative period, and it was hoped that it might also have application in the systemic control of chronic pain from whatever cause. Given the very small doses of narcotics needed there was no reason to suspect that major untoward effects would result. However, as is so often the case in medicine, unexpected reactions do occur which serve to dampen the original enthusiasm for what appeared at first glance to be the ideal solution to a problem. Soon warnings appeared of delayed respiratory depression and even apnoea several hours later following such small doses as 2 mg of morphine injected into the subarachnoid space. These reactions were seen when the post-operative patient had long been returned to the ward and was no longer under the close observation of the Recovery Room staff. Obviously complications at such a time could have disastrous consequences. From a practical point of view it would not be feasible to retain all patients in the Recovery Room for extended periods to safeguard against such late respiratory complications which, in any case, do not invariably occur. Considerations of space and nursing manpower preclude this. The next obvious extension then was to apply this method to the epidural route on the assumption that, since the material is not being injected directly into the cerebrospinal fluid, such respiratory complications might not occur. Again this assumption has been proven in error and, in a series of papers in this issue, both the advantages and disadvantages of this method are being pointed out. Again it is the late respiratory depression which is the most worrisome aspect of what might otherwise have been an ideal technique of pain relief. Such minor inconveniences as temporary difficulty in voiding might have been acceptable in the light of the prolonged and good pain relief achieved. Whether beta-endorphin or for that matter any other substance injected into the epidural space can avoid these shortcomings of morphine without introducing new and different problems remains to be seen.

DÉJÀ VU

ON A BEAUCOUP PARLÉ ces derniers temps d'injections sous-arachnoïdiennes ou péri-durales de petites quantités de morphiniques dans un but de soulagement prolongé de la douleur. Certains considéraient cette nouvelle approche comme une acquisition majeure dans le contrôle de la douleur post-opératoire; il était espéré qu'elle pourrait avoir des applications dans le traitement de la douleur chronique. En raison des doses minimales requises, on ne voyait pas de raison de craindre de complications majeures.

Et pourtant, comme on le voit si souvent en médecine, des réactions inattendues sont venues refroidir l'enthousiasme du début envers une solution qui paraissait idéale à prime abord. Rapidement sont apparus des rapports de dépressions respiratoires tardives et même d'apnées survenues quelques heures après l'administration par voie sous-arachnoïdienne de morphine à petites doses (de l'ordre de 2 mg). Ces réactions ont été observées après le retour des opérés à l'étage, alors qu'ils n'étaient plus sous la surveillance directe du personnel de la salle de réveil.

Evidemment, l'arrivée de complications à ce moment pourrait avoir des conséquences désastreuses. Du point de vue pratique, il n'est pas possible de garder tous les patients en salle de réveil durant de longues périodes, dans le but de prévenir d'éventuelles complications respiratoires tardives. Les disponibilités limitées en personnel infirmier et en locaux sont des considérations importantes.

Tout naturellement, on pensa à essayer l'administration de la morphine dans l'espace épidural, assumant que les complications respiratoires ne surviendraient pas si l'agent n'était pas injecté directement dans le liquide céphalo-rachidien. Cette hypothèse s'avéra fautive, comme en témoignent les travaux publiés dans ce numéro du journal. C'est à nouveau la possibilité de dépressions respiratoires tardives qui reste l'aspect le plus inquiétant d'une technique, par ailleurs idéale, de soulager la douleur. Dans ce contexte de soulagement excellent et prolongé de la douleur, certains inconvénients mineurs comme les difficultés à uriner auraient pu être acceptables.

Il reste à voir si l'emploi d'endorphines Bêta ou

No clear picture emerges from these papers. If one were to draw any conclusion, one might say that epidural, as well as intrathecal morphine gives good and lasting pain relief, but the possibility of late respiratory depression precludes its universal application. Nevertheless, there might be instances where the advantages outweigh the potential complications and, since such cases might be relatively infrequent, the prolonged retention of such patients under close supervision might be practical. What it really boils down to is that the needs of each patient for this as for any other drug or technique must be evaluated in the light of a number of circumstances, which leaves one with a feeling of "déjà vu".

GORDON M. WYANT

d'autres agents fourniront les mêmes avantages sans ces inconvénients.

On ne peut dire que ces travaux aient vidé la question entièrement. Si cependant on devait tirer des conclusions, on pourrait dire que l'administration de morphine par la voie périurale, tout comme par la voie sous-arachnoïdienne, procure un soulagement efficace et prolongé de la douleur, mais que la possibilité de dépression respiratoire tardive milite contre la généralisation de la méthode.

Il peut tout de même survenir des circonstances où les avantages de la technique sont plus grands que les complications éventuelles. Comme il s'agirait de cas d'exception, le maintien prolongé de malades dans des unités à surveillance directe pourrait se justifier dans ces cas.

GORDON M. WYANT