

REFERENCES

- 1 Grigsby EJ, Lennon RL, Didier EP, Liu TL. Massive tongue swelling after uncomplicated general anaesthesia. *Can J Anaesth* 1990; 37: 825-6.
- 2 Self F, Bates GJE, Drake-Lee A. Severe angioneurotic oedema causing acute airway obstruction. *J R Soc Med* 1988; 81: 544-5.
- 3 Wilson JD, Braunwald E, et al. (Eds.). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 12th ed. New York: McGraw-Hill, 1990: 1425-6.
- 4 Werber JL, Pincus RL. Oropharyngeal angioedema associated with the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 101: 96-8.
- 5 Smith ME, Morgan MT. Angioedema of the head and neck and angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 101: 93-5.
- 6 Haddad A, Frenkiel S, Small P. Angioedema of the head and neck. *J Otolaryngol* 1985; 14: 14-6.

Coughing after fentanyl

To the Editor:

We would like to comment on the conclusion by Phua *et al.*¹ that patients with raised intracranial pressure (ICP), open globe or history of reactive airways should have opioid premedication before *iv* fentanyl at induction of anaesthesia. The study excluded all patients with a history of reactive airways so this part of the conclusion appears to be speculative.

We agree with the recommendation that fentanyl should be used with caution in some patients with raised ICP. We have observed coughing in a young patient with an acute extradural haematoma and Glasgow Coma Scale of 8/15. At induction of anaesthesia, fentanyl 200 µg provoked coughing for about five seconds before being suppressed by the thiopentone which had been given immediately after the fentanyl. There were no sequelae but the coughing was unexpected and disconcerting. However, we would not recommend that patients with raised ICP should have opioid premedication which is avoided in neurosurgical anaesthesia because of the risks from possible hypercapnia. An alternative technique would be to give the induction agent before the fentanyl.

We have also noted a high incidence of coughing with methadone.² In a current study, 10 of 15 unpremedicated women had coughing after a bolus of methadone 0.25 mg·kg⁻¹ at induction of anaesthesia. The high lipid solubility of both methadone and fentanyl may be important factors in the mechanism for coughing.

Tony Gin MB ChB BSc FCAnaes, FFARACS

PT Chui MB BS FFARACS

Department of Anaesthesia and Intensive Care

Prince of Wales Hospital

Chinese University of Hong Kong

Hong Kong

REFERENCE

- 1 Phua WT, Teh BT, Jong W, Lee TL, Tweed WA. Tussive effect of a fentanyl bolus. *Can J Anaesth* 1991; 38: 330-4.
- 2 Chui PT, Gin T. A double-blind randomized trial comparing postoperative analgesia after perioperative loading doses of methadone or morphine. *Anaesth Intensive Care* 1992; 20: 46-51.

Pneumatocèle cérébrale après anesthésie péridurale en milieu obstétricale

À la rédacteur :

Peu décrit dans la littérature, le pneumatocèle cérébral lié à une anesthésie péridurale est une pathologie de fréquence sous-estimée en obstétrique. De ce fait, le cas récemment rapporté par Ash,¹ incite à faire état d'une observation semblable.

Une primigeste est hospitalisée à terme pour saignement vaginal et diminution des mouvements fœtaux. Après examen clinique et échographique, une perfusion d'ocytocine est installée. Une heure plus tard, alors que la dynamique utérine est bonne et l'état fœtal satisfaisant, une péridurale est pratiquée sur la parturiente en position assise. Elle s'effectue au niveau de l'espace L₄-L₅ à l'aide d'une aiguille de Tuohy de calibre 18 selon la technique du mandrin gazeux. Le repérage de l'espace péridural est difficile et dès la perte brutale de résistance, la patiente signale une violente céphalée et vomit. Malgré l'absence d'extériorisation du liquide céphalo-rachidien (LCR), une brèche dure-mérienne est suspectée et une autre ponction de niveau supérieur est pratiquée sans incident. La céphalée, jugée supportable par la patiente jusqu'à l'accouchement, s'aggrave en post-partum ; s'y associent des vomissements en jet, un brouillard visuel et une obnubilation. Le décubitus dorsal strict n'induit aucune amélioration et l'état général s'altère. Apyrexie et examen somatique normal conduisent à une tomodynamométrie crânienne (TDM). La présence d'air dans les ventricules latéraux et les carrefours ventriculaires est ainsi révélée (Figure). L'évolution est marquée par l'amendement des signes