Area tematica 7 IL LABORATORIO DI TOSSICOLOGIA: diagnosi e monitoraggio clinico tossicologico

QUANDO LA TOSSICOLOGIA SI INCONTRA CON LA CLINICA

Riglietta M.^[1], **Vezzoli S.**^[2]

^[3]ASST papa Giovanni XXIII - Bergamo - Italy,

^[2]ASST Spedali Civili - Brescia - Italy

Levometadone potrebbe avere un miglio impatto sul metabolismo epatico in confronto a metadone racemico nello studio abbiamo indagato l'andamento dei metaboliti urinari di levometadone e metadone cloridrato in due gruppi di pazienti in trattamento stabilizzato. Il metabolita EDDP per i pazienti in levometadone ha un valore tendenzialmente più basso e potrebbe risultare negativo pur in presenza di un'adeguata compliance alla terapia; d'altra parte levometadone risente meno del metabolismo epatico e quindi potrebbe essere maggiormente adeguato nei pazienti con epatopatia.

Introduzione

Il levometadone è l'enantiomero R(-) del metadone. L'enantiomero S(+) ha solo 1/50 dell'effetto analgesico dell'enantiomero R(-). Pertanto levometadone ha una maggiore affinità per i recettori degli oppioidi rispetto al metadone, con conseguente efficacia maggiore a dosaggi inferiori.

Gli effetti clinici del levometadone nel trattamento della dipendenza da oppiacei/oppioidi si basano su due meccanismi. In primo luogo, il levometadone come oppioide agonista di sintesi produce effetti simili alla morfina che sopprimono i sintomi di astinenza negli individui dipendenti da oppiacei/oppioidi. D'altra parte, a seconda della dose e della durata della terapia, la somministrazione orale cronica di levometadone porta al blocco dell'effetto euforizzante degli oppiacei somministrati per via parenterale.

Il levometadone viene rapidamente assorbito dopo som-

ministrazione orale. La biodisponibilità assoluta dopo la somministrazione orale di una soluzione è in media di circa l'82%.

L'effetto inizia da 1 a 2 ore dopo la somministrazione orale e dura da 6 a 8 ore con una singola dose. Con la somministrazione ripetuta, la durata d'azione aumenta raggiungendo l'equilibrio farmacocinetico per 22-48 ore, in modo che sia sufficiente una somministrazione giornaliera

L'equilibrio farmacocinetico (stato stazionario) tra assorbimento, distribuzione ed eliminazione viene raggiunto entro circa una settimana con una terapia continua. La sostanza mostra un volume di distribuzione relativamente grande, da 3 a 4 l/kg. Ciò significa che la sostanza altamente lipofila si accumula in quantità considerevoli nei tessuti periferici, nel grasso, nei muscoli e nella pelle. Il tasso di legame alle proteine sieriche è di circa l'85%. Si lega principalmente alla glicoproteina alfaacida e all'albumina.

Il levometadone è soggetto a N-demetilazione da parte degli isoenzimi CYP.

Il metadone e i suoi metaboliti si accumulano principalmente nei polmoni, nel fegato, nei reni, nella milza e nei muscoli.

L'eliminazione del levometadone e dei suoi metaboliti avviene per via renale e biliare. L'eliminazione renale altamente pH-dipendente è la via principale a dosi più elevate, con circa il 60% che si presenta come metadone immodificato dopo somministrazione di più di 160 mg. Dal 10 al 45% della quantità totale recuperata è stata escreta per via biliare.

Da dati di letteratura la quota di EDDP nelle urine delle 24 h in soggetti in terapia di mantenimento è pari a 3-25%, mentre quella del metadone racemo è pari a 5-50% con elevata variabilità individuale determinata da diversi fattori quali pH urinario, volume, dosaggio assunto e metabolismo infatti dopo acidificazione delle urine la quantità di metadone immodificato risulta pari al 22% della dose, mentre l'EDDP risulta pari al 2%. ?In soggetti in terapia di mantenimento con Levometadone presentano eliminazione urinaria di levometadone immodificato per il 19% e di EDDP per il 16% nelle urine delle 24 ore.

Dati dello studio

Nel presente lavoro sono stati messi a confronto i dati quantitativi di metadone urinario e metabolita EDDP in 20 pazienti in terapia con Levometadone e 22 in terapia con Metadone racemo in rapporto al valore di creatinuria. Le analisi sono state ottenute sia con metodica immunoenzimatica di screening che di conferma la cromatografia di massa.

In entrambi i gruppi di lavoro i risultati quantitativi di metadone e del principale metabolita sono indicativi della fase di eliminazione delle sostanze in soggetti in terapia cronica. ?Nella Tabella 1 sono riportati i dati per singolo paziente sia in per le indagini di screening che nei test di conferma.

La Tabella 2 evidenzia invece la differenza fra il metabolita EDDP e la molecola immodificata per ogni singolo paziente.

Conclusioni

Dai dati preliminari del presente lavoro, si evince che in pazienti in terapia cronica, metadone risente maggiormente del metabolismo epatico rispetto alla forma levogira. Infatti la quota di metabolita primario EDDP determinata nelle urine in soggetti in terapia con metadone è maggiore rispetto a quella determinata nelle urine di soggetti in terapia con Levometadone. Ossia 14 su 22 pazienti trattati con metadone presentano concentrazioni di EDDP urinarie maggiori delle concentrazioni di metadone immodificato, mentre 6/20 pazienti trattati con Levometadone presentano concentrazioni di EDDP urinarie maggiori delle concentrazioni del principio attivo immodificato.

Pertanto Levometadone può essere preferibile per alcuni pazienti a causa della sua maggiore efficacia a dosaggi inferiori e della sua potenziale maggiore sicurezza in pazienti con epatopatia per il minor impatto sul metabolismo epatico.

Tab. 1

		Risultato screening		dosaggi conferma		
paziente	terapia	EDDP (ng/ml)	MFTH (ng/ml)	FDDP (ng/ml)	METH (ng/ml)	cR_(mg/dL)
1	LEVO	462	723	724.095	3.488.764	9.5
2	LEVO	804	667	1.364.234	2.648.282	14.4
3	LEVO	>900	435	8403.19	1395.43	153.98
4	LEVO	>900	>900	4.841.845	4.928.095	59.04
5	LEVO	>900	>900	7.663.268	8.617.111	107.66
6	LEVO	>900	500	3.300.329	2.086.592	67.18
7	LEVO	525	632	888.151	2.557.133	43.47
8	LEVO	>900	698	3680.47	6.318.285	213.22
9	LEVO	>900	823	4279.65	5.971.505	205.14
10	LEVO	>900	>900	21252.7	15848.3	74.73
11	LEVO	>900	597	24361.4	6.670.926	165.2
12	LEVO	>900	767	4.329.465	15.511.181	107.79
13	LEVO	922	422	2.262.143	1.126.336	129.84
14	LEVO	>900	>900	8.096.524	24.511.064	243.01
15	LEVO	>900	>900	12.277.511	25067.5	169.54
16	LEVO	878	>900	1.620.421	5.769.487	56.28
17	LEVO	>900	>900	6.486.821	15335.5	99.45
18	LEVO	>900	>900	11.275.204	18016.8	185.44
19	LEVO	>900	>900	22868.7	20284.2	175.31
20	LEVO	>900	>900	59245.5	77289.2	>245
21	MTD	755	345	591.549	350.592	79.62
22	MTD	>900	>900	20837.9	27373.5	243.15
23	MTD	>900	>900	7.088.948	2.737.247	92.9
24	MTD	>900	>900	18747	17906	>245
25	MTD	>900	>900	2.678.709	2403.55	102.79
26	MTD	>900	>900	25702.6	13842.2	84.34
27	MTD	>900	>900	3.676.497	3.973.729	150.74
28	MTD	>900	>900	11.326.713	10854.6	136.26
29	MTD	>900	>900	2.892.536	6626.38	67.86
30	MTD	>900	787	2.542.737	823.002	100.81
31	MTD	>900	>900	3.906.199	2690.86	93.02
32	MTD	>900	>900	15448.7	6959.76	168.81
33	MTD	>900	>900	5.159.607	1.535.568	100.88
34	MTD	>900	>900	11458.05	10166.4	71.52
35	MTD	>900	>900	9.584.554	1.325.321	79.85
36	MTD	>900	>900	5.372.268	2.199.627	142.07
37	MTD	>900	>900	21688	18602.5	197.32
38	MTD	982	522	3.282.482	3.402.157	96.51
39	MTD	>900	>900	24042.3	28193.9	173.64
40			>900			
	MTD	>900		4201.51	12225.8	138.23
41	MTD	>900	>900	30794.6	32834.5	>245
42	MTD	>900	>900	9.266.205	17703.3	175.36

Bibliografia

Study

- 1. AIFA Riassunto delle caratteristiche del prodotto Levometadone 28/07/2022
- 2. R. C. Baselt, Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man, Fifth Edition, Chemical Toxicology Institute, 2017
 3. Augusto Consoli1*, Paola Fasciani2, Emilio Vanoli3,4 and Marco Riglietta Journal of Drug and Alcohol Research Vol. 10 (2021), Article ID 236131, Levomethadone Safety Profile and Effectiveness in Subjects under Opioid Maintenance Treatment: An Observational, Prospective
- 4. C. E. Inturrisi, Pharmacology of methadone and its isomers. Minerva Anestesiol, 71(2005),435-7.
- 5. M. Meini, M. Moncini, L. Daini, D. Scramelli, M. Miliantie, et al. Opioid dependence treatment: Is levomethadone a new frontier? A pilot study in Italy, J Tox- ic Pharm, 1(2017), 012.
- 6. M. Riglietta, P. Donadoni, G. Carbone, C. Pisoni, G. Plebani, et al., L'esperienza clinica con Levometadone nel trattamento del disturbo da uso di oppiacei, Mission, 52(2019), set.
- 7. P. P. Pani, E. Trogu, I. Maremmani, M. Pacini, QTc interval screening for cardiac risk in methadone treat-ment of opioid dependence, Cochrane Database Syst Rev,6(2013),CD008939.
- 8. S. B. Karch, Is it time to reformulate racemic methadone?, J Addict Med,5(2011),229-31.

Tab. 2

FDDP_(ng/ml)	LEVOMETAL METH_(ng/ml)	Rapporto METH/EDDP
724,095	3488,764	2764,669
1364,234	2648,282	1284,04
8403,19	1395,43	-7007,79 86.21
4841,845 7663,268	4928,095 8617,111	953.84
3300,329	2086,592	-1213,73
888,151	2557,133	1668,98
3680,47	6318,285	2637,81
4279,65	5971,505	1691,85
21252,7	15848,3	-5404,
24361,4	6670,926	-17690,47
4329,465	15511,181	11181,71
2262,143	1126,336	-1135,80
8096,524	24511,064	16414,5
12277,511	25067,5	12789,98
1620,421	5769,487	4149,06
6486,821	15335,5	8848,67
11275,204	18016,8	6741,59
22868,7	20284,2	-2584,
59245,5	77289,2	18043,
	METADONE R	ACEMO
FDDP (ng/ml)	MFTH (ng/ml)	Rapporto METH/EDDP
591,549	350,592	-240,95
20837,9	27373,5	6535,
7088,948	2737,247	-4351,70
18747	17906	-84
2678,709	2403,55	-275,15
25702,6	13842,2	-11860,
3676,497	3973,729	297,23
11326,713	10854,6	-472,11
2892,536	6626,38	3733,84
2542,737	823,002	-1719,73
3906,199	2690,86	-1215,33
15448,7	6959,76	-8488,9
5159,607	1535,568	-3624,03
11458,05	10166,4	-1291,6
9584,554	1325,321	-8259,23
5372,268	2199,627	-3172,64
21688	18602,5	-3085,
3282,482	3402,157	119,67
	28193,9	4151
24042.3		
24042,3 4201.51	12225.8	8024.2
4201,51 30794,6	12225,8 32834,5	8024,2 2039,