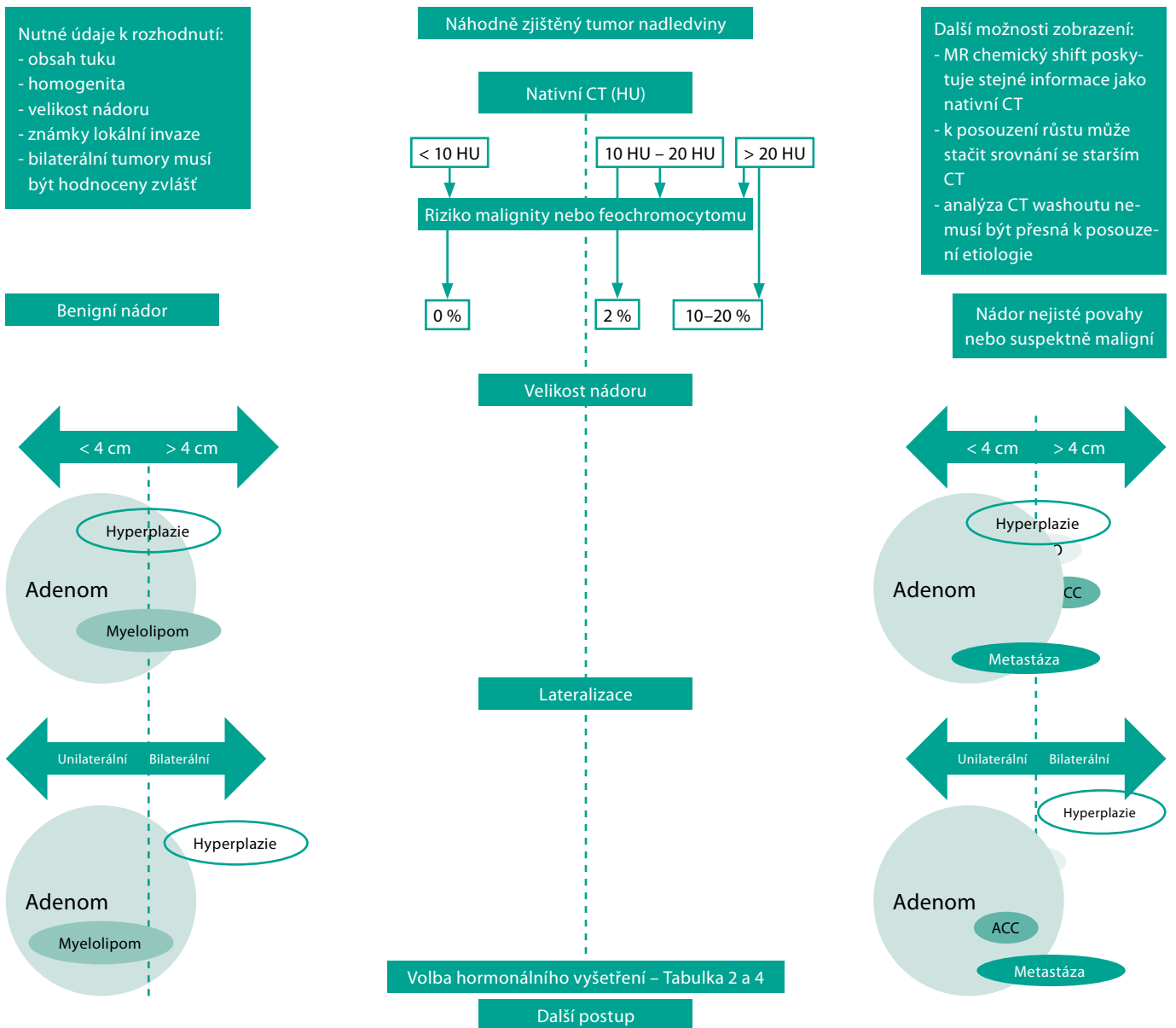


Obr. 1. Jak postupovat při nálezu incidentalomu nadledviny.

U nově zjištěného incidentalomu nadledviny je nutné nejdříve posoudit morfologické charakteristiky. Základním diskriminačním kritériem je nativní denzita tumoru (HU). Pokud je < 10 HU, je vhodné postupovat dle levé (benigní) části schématu. Pokud je denzita > 10 HU nebo je nádor heterogenní, je vhodné postupovat dle pravé (nejisté nebo maligní) části schématu. Následně je vhodné zhodnotit i velikost a laterality.

**Adrenalektomie***

Adenom s prokázanou hormonální nadprodukcí (APA, Cush. syndrom)
Objemný myelolipom se známkami krvácení/útlaku

Tumor > 6 cm

Tumor s potvrzenou hormonální nadprodukcí (FEO†, Cushingův syndrom‡, primární hyperaldosteronismus)

Individuální rozhodnutí

Afunkční adenom > 6 cm: spíše adrenalektomie, u velikosti 4–6 cm jen kontrola růstu za 1 rok[§]

Afunkční tumor velikosti < 6 cm: kontrola růstu za 6–12 měsíců[°] nebo adrenalektomie

Adenom s autonomní sekrecí kortizolu: adrenalektomie jen u větších tumorů se supresí ACTH a málo vyjádřeným poklesem kortizolu po 1 mg DXM[¶], jinak kontrolní hormonální vyšetření za 1 rok

Metastáza a jiná patologie: dle typu patologie (může být zvážena biopsie – Tab. 5); při potvrzení insuficience kůry nadledviny substituční terapie[‡]

Bez další kontroly

Afunkční adenom (< 4 cm)[¶] a myelolipom

ACC – adrenokortikální karcinom, APA – aldosteron produkující adenom (adrenalektomií je možné indikovat ve valné většině případů až po provedení separovaných odběrů z nadledvinných žil ve specializovaných centrech), DXM – dexamethazon, FEO – feochromocytom, HU – Hounsfieldovy jednotky (určují denzitu zobrazené tkáně, nízká denzita odpovídá tukové tkáni, tedy v případě nadledviny adenomu nebo myelolipomu)

*Adrenalektomie by měla být prováděna v centrech s dostatečnou zkušeností. S tím souvisí i volba mezi otevřenou nebo laparoskopickou adrenalektomií, která může být zvážena v případě podezření na ACC.

†FEO by měl být operován jen po předchozí přípravě alfablokátory (nejčastěji doxazosinem).

‡Cushingův syndrom by měl být operován jen po per- a pooperačním zajištění hydrocortizonem.

°Předpokladem je pro ACC výrazně rychlejší růst než v případě benigní patologie.

¶Adenomy nevykazují maligní transformaci. Proto již není nutná další morfologická kontrola, byť mohou v čase vykazovat i mírný růst.

‡Substituční terapie: hydrokortizon (15–25 mg/den 2–3x denně, nejvyšší dávka vždy ráno), fludrokortizon (0,05–0,2 mg/den 1x denně).