

**Tab. 3.** Klinické zhodnocení pacienta s incidentalomem nadledviny

Anamnéza	Klinické zhodnocení
Hypertenze	Hmotnost
Diabetes mellitus 2. typu	Krevní tlak
Dyslipidemie	Příznaky a projevy hormonální nadprodukce <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cushingův syndrom</li> <li>■ feochromocytom</li> <li>■ primární hyperaldosteronismus</li> <li>■ nadprodukce androgenů</li> </ul>
Osteoporóza	Příznaky a projevy insuficience kůry nadledvin (velmi vzácně u pacientů s bilaterálním postižením metastázami/lymfomem/infekcí)
Kardiovaskulární příhody	
Nádory	
Menstruace	
Rodinná anamnéza – přítomnost genetických syndromů	
Medikace – především léčba kortikoidy	

**Tab. 4.** Hormonální vyšetření u incidentalomu nadledviny

Zkrácený LDDST	Všichni pacienti <sup>#</sup>
Renin, aldosteron (3)	Pacienti s hypertenzí (pravděpodobnost PA stoupá s tíží hypertenze a závažností hypokalemie) a mladí pacienti bez hypertenze a se spontánní hypokalemií
Metanefriny (plazmatické/močové) (4)	Jen u tumorů s denzitou $\geq 10$ HU
Nadledvinové androgeny či další steroidy	Jen u důvodného podezření na ACC
Volný močový kortizol/24 hod. (a další vyšetření)	Při důvodném klinickém podezření na Cushingův syndrom (nestačí hypertenze, diabetes a dyslipidemie)
17-OH-progesteron	Bilaterální léze (myolipomy) k vyloučení CAH
Ranní ACTH, kortizol	U důvodného podezření na insuficienci kůry nadledvin při bilaterálním postižení metastázami/lymfomem/infekcí

ACC – karcinom kůry nadledviny, CAH – kongenitální hyperplazie nadledvin, HU – Hounsfieldovy jednotky (určují denzitu zobrazené tkáně, nízká denzita odpovídá tukové tkáni, tedy v případě nadledviny adenomu nebo myelolipomu), LDDST – Dexamethazonový supresní test s nízkou dávkou dexamethazonu (1 mg dexamethazonu ve 23.00 s následným odběrem sérového kortizolu v 8.00), PA – primární hyperaldosteronismus

<sup>#</sup>Hormonální vyšetření nutně provádět u pacientů s myelolipomem a dále pak u starších polymorbidních nemocných s drobným adenomem (< 2–3 cm).

**Tab. 5.** Kdy provést biopsii tumoru nadledviny?

Jen pokud může změnit strategii léčby <ul style="list-style-type: none"> <li>■ při podezření na jinou patologii než ACC (=pokud není přímo indikována adrenalectomie) – lymfom, infekce</li> </ul>
Nutno vždy vyloučit FEO
Nutno počítat s rizikem komplikací (krvácení, zavlečení nádorových buněk, zavádějící diagnóza) – cca 4 %
Může být i nediagnostická – v 3–9 % (v některých případech může být stanovena i zavádějící diagnóza)
Vhodnější je provedení pomocí endosonografie
ACC, karcinom kůry nadledviny, FEO, feochromocytom.

## LITERATURA

- Fassnacht M, Arlt W, Bancos I et al. Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. Eur J Endocrinol 2016;175:G1-G34.
- Bancos I, Prete A. Approach to the Patient With Adrenal Incidentaloma. J Clin Endocrinol Metab 2021;106:3331-3353.
- Zelinka T, Ceral J, Widimský J. Jak postupovat při podezření na primární hyperaldosteronismus? Hypertenze & kardiovaskulární prevence 2017;6:32-35.
- Zelinka T, Widimský J Jr. Jak postupovat při podezření na feochromocytom/paragangliom? Hypertenze & kardiovaskulární prevence 2016;5:26-28.