

Primární aldosteronismus: diagnostika a léčba v klinické praxi

Ondřej Petrák

3. interní klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Primární hyperaldosteronismus je nejčastější příčinou sekundární endokrinní hypertenze s prevalencí 5–14 % mezi hypertoniky. Je způsoben autonomní nadprodukcí aldosteronu z kůry nadledvin vedoucí k retenci sodíku s rozvojem hypertenze často provázené významnou hypokalemií. Ve srovnání s esenciální hypertenzí je onemocnění spojeno s vyšším kardiovaskulárním a renálním rizikem nezávisle na výši krevního tlaku. Článek přehledně shrnuje patofyziologii, klinické projevy a komplikace primárního hyperaldosteronismu a zaměřuje se na praktický diagnostický postup včetně indikací ke screeningu, interpretace poměru aldosteron/renin, konfirmačních testů a role selektivních odběrů z nadledvinných žil. Součástí je přehled současných terapeutických možností zahrnujících chirurgickou léčbu jednostranných forem a farmakoterapii antagonisty mineralokortikoidního receptoru. Včasná diagnostika a cílená léčba významně snižují orgánové komplikace a zlepšují prognózu pacientů.

Klíčová slova: primární hyperaldosteronismus, renin, aldosteron, separované odběry, spironolakton, eplerenon.

Primary aldosteronism: diagnosis and treatment in clinical practice

Primary aldosteronism is the most common cause of secondary endocrine hypertension, with a prevalence of 5–14% among hypertensive patients. It is caused by autonomous aldosterone overproduction from the adrenal cortex, leading to sodium retention and the development of hypertension, often accompanied by significant hypokalemia. Compared with essential hypertension, primary aldosteronism is associated with an increased cardiovascular and renal risk, independent of blood pressure levels. This article provides a concise overview of the pathophysiology, clinical manifestations, and complications of primary aldosteronism and focuses on a practical diagnostic approach, including indications for screening, interpretation of the aldosterone-to-renin ratio, confirmatory testing, and the role of adrenal venous sampling. Current therapeutic options are reviewed, encompassing surgical treatment of unilateral disease and pharmacological therapy with mineralocorticoid receptor antagonists. Early diagnosis and targeted treatment significantly reduce end-organ damage and improve patient prognosis.

Key words: primary aldosteronism, renin, aldosterone, adrenal venous sampling, spiro lactone, eplerenone.

Charakteristika onemocnění

Syndrom způsobený autonomní nadprodukcí aldosteronu z kůry nadledvin podmíněný buď bilaterální hyperplazií (idiopatická forma), anebo unilaterálním adenomem nadledviny, další varianty jsou vzácné (Tab. 1). Jedná se, nejčastější formu endokrinní hypertenze s prevalencí mezi 5–14 % v populaci hypertoniků, nejčastěji mezi 30. a 50. rokem života, více u žen než u mužů (1, 2).

Patofyziologie onemocnění

Nadprodukce aldosteronu je charakterizována mírnou expanzí plazmatického volumu, retencí sodíku a zvýšenou periferní rezistencí (Obr. 1). Jedná se o krajní formu sůl senzitivní (nízkoreninové) hypertenze. Aldosteron zvyšuje krevní tlak prostřednictvím retence sodíku zprostředkované mineralokortikoidními receptory v ledvinách. Mineralokortikoidní receptor je lokalizován v cytosolu a po vazbě ligandu vytváří ligand-receptorový kom-