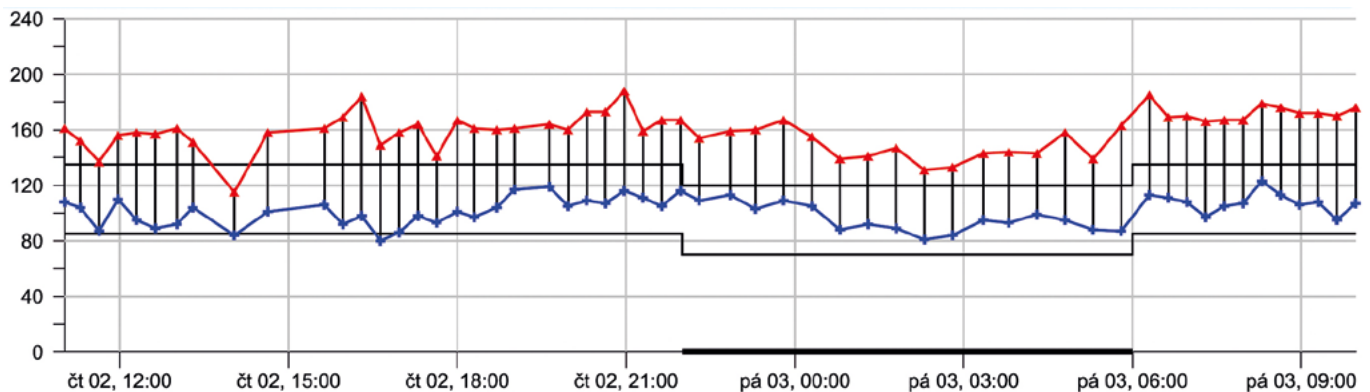
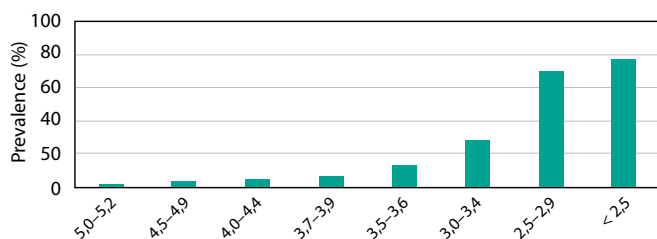


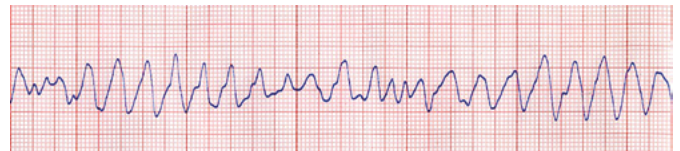
**Obr. 2.** Záznam 24hodinového monitorování krevního tlaku. 37letý muž s primárním hyperaldosteronismem na terapii verapamilem a doxazosinem. Průměrný TK za 24 hodin byl 158/100 mm Hg a TF 67/min, ve dne 163/102 mm Hg, TF 74/min a v noci 149/96 mm Hg, TF 54/min. Nedochází k dostatečnému nočnímu poklesu TK (non-dipper)



**Obr. 3.** Prevalence primárního hyperaldosteronismu dle tíže kalemie (4)



**Obr. 4.** 58letá žena s prodlouženým QT-intervalem s polymorfní komorovou tachykardií (torsade des pointes). Po přijetí zjištěna těžká hypokalemie 1,8 mmol/l (5)



## Komplikace a důsledky primárního hyperaldosteronismu

Negativní působení aldosteronu je příčinou častějších kardiovaskulárních komplikací u pacientů s primárním hyperaldosteronismem ve srovnání s esenciálními hypertoniky (Obr. 5) (6).

### U koho pomýšlíme na primární hyperaldosteronismus?

Současná doporučení navrhují základní laboratorní screening provádět u všech hypertoniků (7, 8). Důvodem je významné zpoždění diagnózy o mnoho let až desetiletí vedoucí k vyšší kardiovaskulární a renální morbiditě a snížení kvality života oproti pacientům s včas-

nou diagnózou (9). Takové plošné vyšetření všech hypertoniků je však spojeno s větší finanční zátěží pro zdravotní systém a současně může přinést možný problém při hodnocení laboratorních výsledků, zejména u pacientů na kombinační antihypertenzní léčbě. Nadále tedy považujeme za vhodné zvažovat diagnostiku PA především v následujících situacích (Tab. 3).

## Diagnostika

Na prvním místě je vždy laboratorní diagnostika, teprve poté volíme zobrazovací vyšetření. Nevystavujeme pacienta zbytečně radiaci s představou, co kdyby tam něco bylo.

**Obr. 5.** Komplikace a důsledky primárního hyperaldosteronismu jsou jednak důsledkem hypokalemie, a jednak vysokého krevního tlaku. K vyšší krevního tlaku u primárního hyperaldosteronismu mohou přispívat další biologické účinky aldosteronu, zprostředkované mineralokortikoidními receptory v ostatních tkáních, jistě potencované doprovodnou hypernatremií. U pacientů s déle trvajícím formami primárního hyperaldosteronismu byla popsána vysoká prevalence hypertrofie levé komory srdeční a ischemie myokardu, cerebrovaskulárních příhod a renální insuficience. Aldosteron má rychlý negenomický účinek zprostředkovaný interakcí s mineralokortikoidním receptorem, který vede k poškození cév, stimuluje fibrózu myokardu a ledvin s albuminurií, takže tyto změny nejsou pouze důsledkem přítomné hypertenze

