

nežádoucí účinky, jako je bolestivá gynecomastie, erektilní dysfunkce či poruchy menstruačního cyklu.

Plného efektu dosahují tyto léky za 4–6 týdnů od zahájení a dávku řídíme hodnotami krevního tlaku, kalemíí, renálními funkcemi a hladinou reninu (cílem jsou hodnoty DRC nad 10 mU/l nebo PRA nad 1,0 ng/ml/h) (7).

V případě intolerance obou léků nezbyvá než podávání amiloridu připraveného magistraliter ve vyšších dávkách (5–15 mg denně). Tato léčba však neovlivňuje působení aldosteronu, pouze inhibuje sodíkový kanál ENaC na luminární straně tubulu. Mechanismus působení jednotlivých léků je uveden v obrázku 10. Finerenon (nesteroidní MRA) dosud nemá dostatek dat a nelze jej v této indikaci předepsat. Ve fázi klinického testování jsou inhibitory aldosteron-syntázy, blokující syntézu aldosteronu v kortexu nadledviny, jež by v budoucnu mohly být v této diagnóze přínosné.

Závěr

Primární hyperaldosteronismus je nejčastější příčinou sekundární endokrinní hypertenze s významným dopadem na morbiditu pacientů. Onemocnění je charakterizováno autonomní nadprodukcí aldosteronu vedoucí k hypertenzi a časté hypokalemii. Ve srovnání s esenciální hypertenzí je spojeno s vyšším kardiovaskulárním a renálním rizikem. Diagnostika je založena primárně na laboratorním screeningu pomocí

poměru aldosteron/renin, jehož interpretace vyžaduje znalost ovlivňujících faktorů. V případě pozitivního screeningu je často nutné diagnózu potvrdit konfirmačními testy a následně provést lokalizační diagnostiku. Zobrazovací metody samy o sobě nestačí a klíčovou roli má selektivní odběr z nadledvinných žil při rozhodování o léčbě. U jednostranných forem představuje chirurgická léčba potenciálně kurativní řešení s významným efektem na krevní tlak. U bilaterálních forem je základem léčby farmakoterapie antagonisty mineralokortikoidního receptoru. Včasná diagnostika a cílená léčba zásadně snižují riziko orgánového poškození a zlepšují dlouhodobou prognózu pacientů. Česká centra zabývající se touto problematikou, kde je možno pacienta konzultovat a objednat, jsou uvedena na webu České společnosti pro hypertenzi (www.hypertension.cz).

Key points

- Nejčastější sekundární endokrinní hypertenze (prevalence 5–14 %).
- Vyšší KV a renální riziko než u esenciální hypertenze.
- Typická kombinace: arteriální hypertenze (často těžká) + hypokalemie.
- Základní screening: poměr aldosteron/renin (ARR).
- AVS = klíč k určení lateralizace.
- Chirurgie = kurativní u unilaterálních forem.
- MRA (spironolakton/eplerenon) = základ léčby bilaterálních forem.
- Včasná diagnostika významně zlepšuje prognózu.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Libianto R, Russell GM, Stowasser M, et al. Detecting primary aldosteronism in Australian primary care: a prospective study. *Med J Aust.* 2022;216(8):408-412.
2. Monticone S, Burrello J, Tizzani D, et al. Prevalence and Clinical Manifestations of Primary Aldosteronism Encountered in Primary Care Practice. *J Am Coll Cardiol.* 2017;69(14):1811-1820.
3. Mulatero P, Scholl UI, Fardella CE, et al. Familial hyperaldosteronism: an European Reference Network on Rare Endocrine Conditions clinical practice guideline. *Eur J Endocrinol.* 2024;190(4):G1-G14.
4. Burrello J, Monticone S, Buffolo F, et al. Prevalence of Hypokalemia and Primary Aldosteronism in 5100 Patients Referred to a Tertiary Hypertension Unit. *Hypertension.* 2020;75(4):1025-1033.
5. Zelinka T, Holaj R, Petrák O, et al. Life-threatening arrhythmia caused by primary aldosteronism. *Med Sci Monit.* 2009;15(12):CS174-CS177.
6. Rossi GP, Bisogni V, Bacca A, et al. Primary Aldosteronism: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2019;74(22):2799-2811.
7. Adler GK, Stowasser M, Correa RR, et al. Primary Aldosteronism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2025;110(9):2453-2495.
8. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J.* 2024;45(38):3912-4018.
9. Ananda RA, Gwini SM, Long KM, et al. Diagnostic Delay and Disease Burden in Primary Aldosteronism: An International Patient Survey. *Hypertension.* 2024;81(2):348-360.
10. Williams TA, Lenders JWM, Mulatero P, et al. Outcomes after adrenalectomy for unilateral primary aldosteronism: an international consensus on outcome measures and analysis of remission rates in an international cohort. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(9):689-699.
11. Mulatero P, Sechi LA, Williams TA, et al. Subtype diagnosis, treatment, complications and outcomes of primary aldosteronism and future direction of research: a position statement and consensus of the Working Group on Endocrine Hypertension of the European Society of Hypertension. *J Hypertens.* 2020;38(10):1929-1936.
12. Hundemer GL, Curhan GC, Yozamp N, et al. Cardiometabolic outcomes and mortality in medically treated primary aldosteronism: a retrospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6(1):51-59.