

## Úvod

Primární hyperaldosteronismus (PA) je považován za nejčastější endokrinní příčinu sekundární hypertenze a zároveň za jednu z nejčastějších potenciálně kauzálně léčitelných forem arteriální hypertenze (AH). Epidemiologická data ukazují, že jeho prevalence v běžné populaci hyperteniků v primární péči dosahuje přibližně 6 %, zatímco v selektovaných rizikových skupinách může dosahovat až 20–30 %, viz tabulka 1.

PA je charakterizován autonomní sekrecí aldosteronu se supresí reninu, přičemž biochemické odchylky často předcházejí klinickým projevům. Metaanalýzy observačních studií prokázaly zvýšený výskyt cévní mozkové příhody, ischemické choroby srdeční, fibrilace síní a srdečního selhání u pacientů s PA, stejně jako vyšší prevalenci albuminurie a proteinurie, což odráží přímý orgánově toxický účinek nadbytku aldosteronu nezávislý na hodnotách krevního tlaku.

Cílená léčba PA, zaměřená na odstranění zdroje nadprodukce aldosteronu (unilaterální adrenalektomie u laterálních forem) nebo na blokádu mineralokortikoidního receptoru pomocí mineralokortikoidních antagonistů (MRA), vede ve srovnání s nespecifickou antihypertenzní léčbou k účinnější kontrole krevního tlaku, korekci hypokalemie a ke snížení nadměrného kardiovaskulárního rizika.

Navzdory vysokému výskytu a prokázanému nepříznivému dopadu na kardiovaskulární a renální prognózu zůstává toto onemocnění dlouhodobě výrazně poddiagnostikováno (1).

Velké populační analýzy z různých zemí ukazují, že stanovení aldosteronu a reninu je v běžné klinické praxi indikováno pouze u jednotek procent pacientů s arteriální hypertenzí. Některé práce dokládají, že i ve vysoce rizikových skupinách s očekávanou vyšší prevalencí PA bylo screeningové vyšetření provedeno přibližně pouze u 1,6 % pacientů, zatímco více než 98 % nemocných zůstalo nevyšetřeno (2).

Tento přehledový článek je stručným shrnutím deseti klíčových doporučení diagnostického algoritmu a terapeutických strategií aktualizovaných americko-evropských doporučení Endocrine Society z roku 2025. Závěrečná část se věnuje kritickému zhodnocení silných i limitujících aspektů těchto doporučení a jejich implementaci do klinické praxe v podmínkách České republiky.

## 1. U všech pacientů s arteriální hypertenzí se navrhuje provádět screening primárního hyperaldosteronismu.

Guidelines Endocrine Society z roku 2025 přinášejí zásadní změnu v přístupu ke screeningu a doporučují rozšířit indikaci vyšetření na všechny pacienty s arteriální hypertenzí, právě z důvodů výrazného poddiagnostikování PA. Hlavními důvody jsou přetrvávající vnímání onemocnění jako vzácného, mylná vazba výhradně na přítomnost hypokalemie a obavy z organizační a laboratorní náročnosti vyšetření. PA je onemocněním asociovaným s vyšším kardiovaskulárním a renálním rizikem než esenciální hypertenze, a prevalence PA není malá. Při správné diagnóze a došetření PA jsme schopni u pacientů cílenou léčbou redukovat dlouhodobé kardiovaskulární a renální riziko. Dostupná ekonomická data naznačují, že plošnější screening může být při dlouhodobém horizontu nákladově efektivní.

Implementace plošného screeningu v klinické praxi představuje významnou organizační výzvu, avšak současně nabízí příležitost ke zlepšení diagnostiky jedné z mála potenciálně kauzálně léčitelných forem hypertenze a ke snížení její dlouhodobé morbidity. Je nezbytné zohlednění lokálních podmínek, dostupnosti laboratorní diagnostiky, kapacit specializovaných center a organizačních možností zdravotnického systému.

## 2. U pacientů s arteriální hypertenzí a primárním hyperaldosteronismem (PA) doporučujeme zvážit PA-specifickou léčbu (farmakologickou nebo chirurgickou).

Nespecifická antihypertenzní terapie, která není zaměřena na patofyziologický mechanismus nadprodukce aldosteronu, nedokáže dostatečně eliminovat aldosteronem zprostředkované orgánové poškození. Pacienti s PA léčení standardními antihypertenzivy bez MRA vykazují horší dlouhodobé klinické výsledky a přetrvávající zvýšené kardiovaskulární riziko ve srovnání s pacienty léčenými cílenou terapií.

Na základě dostupných důkazů proto guidelines doporučují upřednostnit PA-specifickou léčbu před nespecifickou antihypertenzní terapií. Volba mezi chirurgickým a farmakologickým přístupem má být individualizována podle laterality sekrece aldosteronu, operační způsobilosti pacienta, jeho preference a klinického profilu. Cílená léčba PA pomocí MRA nebo chirurgická léčba u unilaterálních forem PA vede ke zlepšení krevního tlaku, korekci hypokalemie a redukcí dlouhodobého kardiovaskulárního rizika.

## 3. U pacientů s arteriální hypertenzí doporučujeme zvážit screening primárního hyperaldosteronismu stanovením koncentrace aldosteronu v séru/plazmě a reninu v plazmě (koncentrace nebo aktivity).

Screening PA má být založen na stanovení aldosteronu, reninu v plazmě a jejich poměrů (ARR). ARR představuje nejcitlivější dostupný screeningový nástroj, jeho interpretace však musí zohledňovat laboratorní metodu, jednotky měření, biologickou variabilitu a vliv současné farmakoterapie.

Tab. 1. Prevalence hyperaldosteronismu v selektovaných skupinách dle (1)

Selektovaná skupina	Prevalence
Hypertenze v primární péči	5,9 % (rozmezí 3,2–14 %)
Hypertenze ve specializovaných centrech	7,2 % (rozmezí 0,7–21,9 %)
Hypertenze u mladých dospělých (18–40 let)	16,2 %
Hypertenze stupně 1 dle ESH 2023	3,9–15,7 %
Hypertenze stupně 2 dle ESH 2023	9,7–21,6 %
Hypertenze stupně 3 dle ESH 2023	11,9–19 %
Rezistentní hypertenze	11,3–29,1 %
Hypertenze a hypokalemie	28,1 %
Hypertenze a adrenální incidentalom	4,4 % (0,4–24,6 %)
Hypertenze a fibrilace síní (bez strukturálního postižení srdce či jiných příčin, např. hyperthyreóza)	42,5 %
Hypertenze a diabetes mellitus 2. typu	11,3–19,1 %