

**Tab. 2.** Management antihypertenzní medikace při screeningu primárního hyperaldosteronismu a interpretace nálezů, převzato z (1)

Strategie	Léky k vysazení	Doba vysazení před odběrem	Doporučená náhradní antihypertenziva	Interpretace negativního screeningu	Interpretace pozitivního screeningu
<b>Bez vysazení medikace</b>	žádné	—	—	Možný falešně negativní výsledek při střední až vysoké pretestové pravděpodobnosti → doporučeno opakování screeningu při minimální nebo plné úpravě léčby (viz níže)	Možný falešně pozitivní výsledek při užívání betablokátorů nebo centrálních alfa-2 agonistů (klonidin, alfa-methylidopa) → doporučeno opakovat vyšetření po jejich vysazení
<b>Minimální vysazení medikace</b>	MRA (spironolakton, eplerenon), ENaC inhibitory (amilorid, triamteren)  betablokátor, centrální alfa-2 agonisté (klonidin, alfa-methylidopa)	4 týdny  2 týdny	alfa-1 blokátory (doxazosin), non-dihydropyridinové blokátory kalciových kanálů (verapamil), moxonidin	Možný falešně negativní výsledek při střední až vysoké pretestové pravděpodobnosti → zvážit opakování vyšetření při plném vysazení	Positivní výsledek je považován za pravděpodobně validní → pokračovat dle diagnostického algoritmu
<b>Kompletní vysazení</b>	MRA, ENaC inhibitory, ostatní diuretika  betablokátor, ACE inhibitory, sartany, dihydropyridinové blokátory kalciových kanálů, centrální alfa-2 agonisté, SGLT2 inhibitory	4 týdny  2 týdny	alfa-1 blokátory, non-dihydropyridinové blokátory kalciových kanálů, moxonidin	Pokud je výsledek negativní při vysoké klinické suspekci, doporučeno opakování vyšetření	Positivní výsledek je považován za vysoce pravděpodobný

Zkratky: ACE – angiotensin konvertující enzym; ENaC – epitelální sodíkové kanály; MRA – antagonisté mineralokortikoidních receptorů; SGLT2 – sodíko-glukózový ko-transportér 2

Odběr ARR by měl být proveden v ranních hodinách v sedě, při zachování běžného příjmu sodíku v předchozích dnech a za normokalemických podmínek (pokud toho lze dosáhnout), protože hypokalemie může vést k falešně nízkým hodnotám aldosteronu.

Přítomnost samotné hypokalemie bez ARR jako screeningového kritéria není možné využít, protože většina pacientů s PA je normokalemická a absence hypokalemie diagnózu nevyklučuje.

Výsledky screeningu mohou být významně ovlivněny současnou antihypertenzní medikací, ale není vždy možné její vysazení/úprava. Guidelines proto nabízejí 3 strategie úpravy farmakoterapie, viz tabulku 2. Volba strategie by měla vycházet z klinického stavu pacienta, rizika dekompenzace arteriální hypertenze a odhadu pravděpodobnosti falešně pozitivních či falešně negativních výsledků.

V klinické praxi je často využívána strategie minimální úpravy medikace, která představuje kompromis mezi diagnostickou přesností a bezpečností pacienta. U pacientů se závažnějšími formami PA bývá screeningový nález často jednoznačně pozitivní i při současné interferující medikaci, což umožňuje zahájit další diagnostický postup bez nutnosti kompletní úpravy léčby. Právě tito nemocní přitom obvykle nejvíce profitují z cílené terapie PA.

Guidelines z roku 2025 aktualizovaly rozhodovací prahy (cut-off hodnoty) screeningového vyšetření s cílem zvýšit záchyt pacientů s biochemickými známkami PA. Typickým a zároveň nejcitlivějším laboratorním nálezem je suprese reninu při nepřiměřeně zvýšené produkci aldosteronu, přičemž absolutní koncentrace aldosteronu se může v některých případech pohybovat i v rámci referenčního rozmezí. Z tohoto důvodu je nezbytné hodnotit oba parametry vždy současně. Izolovaně zvýšený ARR při extrémně nízkých hodnotách reninu a současně nízkých koncentracích aldosteronu může předsta-

vovat falešně pozitivní nález a vyžaduje opakování vyšetření nebo pečlivou klinickou korelaci.

Guidelines proto doporučují pro hodnocení pozitivního screeningového nálezu nejen přítomnost reninové suprese, ale také dosažení minimální absolutní koncentrace aldosteronu. Nově jsou v doporučeních explicitně diferencovány rozhodovací prahy podle použité analytické metody stanovení aldosteronu (imunoanalytické metody versus kapalinová chromatografie s tandemovou hmotnostní spektrometrií) i podle typu vyšetření reninu (plazmatická reninová aktivita versus přímá koncentrace reninu), což umožňuje přesnější a standardizovanější interpretaci výsledků v běžné klinické praxi (Tab. 3).

#### 4. U pacientů s pozitivním screeningovým nálezem se navrhuje provedení supresního testu v situacích, kdy výsledky screeningu svědčí pro střední pravděpodobnost laterální sekrece aldosteronu a pacient po individuální edukaci potvrzuje zájem o možnost chirurgické léčby.

Supresní testy aldosteronu byly tradičně považovány za standardní konfirmační krok po pozitivním screeningu PA. Guidelines z roku 2025 však zdůrazňují, že rutinní provádění konfirmačních testů u všech pacientů s pozitivním screeninem nemusí být vždy nezbytné ani klinicky přínosné. Výsledky supresních testů mohou být ovlivněny preanalytickými faktory, současnou farmakoterapií i individuální biologickou variabilitou a v některých situacích mohou vést k falešně negativním výsledkům, zejména u pacientů s výraznou supresí reninu a současně vysokou produkcí aldosteronu. Doporučení proto cílí především na pacienty se střední