

Eskalace dávky MRA může být limitována nežádoucími účinky, zejména rizikem hyperkalemie, změnami renálních funkcí a hormonálními nežádoucími účinky spironolaktonu. Interpretace hodnot reninu proto musí být vždy prováděna v kontextu celkového klinického stavu pacienta, přítomných komorbidit a tolerance léčby.

## 8. U pacientů s primárním hyperaldosteronismem a přítomným adenomem nadledviny se navrhuje provedení dexametazonového supresního testu k vyloučení současné autonomní sekrece kortizolu.

Současné doporučení upozorňuje na možnost současné autonomie sekrece kortizolu u části pacientů s primárním hyperaldosteronismem a adenomem nadledviny, často bez typických klinických projevů Cushingova syndromu. Tento stav, označovaný jako mírná autonomní sekrece kortizolu (MACS), je spojován se zvýšeným kardiometabolickým rizikem a může potencovat nepříznivé účinky nadbytku aldosteronu. K jeho detekci je doporučováno provedení nočního 1 mg dexametazonového supresního testu (DST). Identifikace autonomie sekrece kortizolu má zvláštní význam zejména u pacientů indikovaných k adrenalektomii, neboť je spojena se zvýšeným rizikem perioperační suprese hypotalamo-hypofyzárně-adrenální osy a následné adrenální insuficience.

DST se provádí perorálním podáním 1 mg dexametazonu ve večerních hodinách (obvykle mezi 23:00–24:00) s následným odběrem sérového kortizolu následující ráno mezi 8:00–9:00 hod. Hodnota kortizolu  $\leq 50$  nmol/l je považována za dostatečnou supresi, zatímco vyšší koncentrace svědčí pro suspektní autonomní sekreci kortizolu a vyžaduje další klinickou interpretaci.

## 9. U pacientů s primárním hyperaldosteronismem léčených specifickou farmakoterapií se navrhuje preferovat spironolakton před ostatními antagonisty mineralokortikoidního receptoru, a to zejména z praktických důvodů (nízká cena, dostupnost, zkušenosti z praxe).

Doporučení preferovat spironolakton jako lék první volby pro specifickou farmakologickou léčbu PA vychází především z praktických aspektů jeho použití, zejména dlouhodobé klinické dostupnosti, nízké ceny a širokých zkušeností z běžné klinické praxe. Guidelines uvádějí, že dostupná data neprokazují konzistentní klinickou superioritu jiných MRA z hlediska účinnosti, zatímco spironolakton zůstává historicky nejlépe prostudovaným preparátem v této indikaci. Spironolakton je ve většině zdravotnických systémů snadno dostupný a umožňuje flexibilní titraci dávky, což představuje významnou výhodu při dlouhodobé léčbě pacientů s PA. Současně je zdůrazněno, že volba konkrétního preparátu musí být individualizována s ohledem na toleranci léčby a výskyt nežádoucích účinků. V případě intolerance spironolaktonu, zejména při výskytu hormonálních nežádoucích účinků, lze využít selektivnější MRA, především eplerenon, zmíněný výše.

## 10. U pacientů s primárním hyperaldosteronismem léčených specifickou farmakoterapií se navrhuje preferovat antagonisty mineralokortikoidního receptoru (steroidní i nesteroidní) před inhibitory epiteliálního sodíkového kanálu (amilorid, triamteren).

Preferenci MRA před inhibitory ENaC (amilorid, triamteren) vychází z omezené a převážně nepřímé evidence a z nejistoty, zda ENaC inhibitory poskytují srovnatelné aldosteron-specifické klinické přínosy. Přímá srovnávací data u pacientů s PA nejsou k dispozici a doporučení je založeno zejména na studiích u rezistentní a nízkoreninové hypertenze, kde byl antihypertenzní účinek amiloridu obdobný jako u spironolaktonu, avšak vliv na orgánové poškození zůstává nejasný.

Guidelines proto podmíněně preferují MRA jako standardní specifickou léčbu PA. Inhibitory ENaC mohou představovat alternativu u pacientů s intolerancí či kontraindikací MRA nebo při jejich nedostupnosti, přičemž doporučení neplatí v situacích, kdy je spironolakton kontraindikován nebo je indikována jiná MRA z jiných klinických důvodů.

## Diskuze a zařazení do kontextu České republiky a Evropských guidelines

Doporučení Endocrine Society z roku 2025 představují komplexní a prakticky orientovaný rámec pro diagnostiku a léčbu primárního hyperaldosteronismu. Většina doporučení má však podmíněný charakter a vychází převážně z observačních dat, což podtrhuje potřebu dalších prospektivních studií hodnotících dlouhodobé klinické dopady jednotlivých diagnostických a terapeutických strategií. V České republice jsou nadále platná doporučení České společnosti pro hypertenzi (ČSH) týkající se sekundární hypertenze a PA z let 2022 a 2023 (3, 4).

Na rozdíl od doporučení Endocrine Society, která rozšiřují indikace ke screeningu na širokou populaci hypertoniků, česká doporučení preferují selektivní přístup zaměřený na rizikové skupiny s vyšší pravděpodobností výskytu PA, zejména pacienty s rezistentní hypertenzí, hypokalemii či časným vznikem hypertenze (4).

Odlišný je rovněž přístup k přípravě pacienta před stanovením ARR: česká doporučení zdůrazňují, pokud možno, převedení na neinterferující antihypertenzní medikaci, vysazení MRA a korekci kalemie, zatímco doporučení Endocrine Society preferují pragmatický přístup umožňující provedení screeningu i bez kompletní úpravy medikace s cílem zvýšit dostupnost vyšetření.

Doporučení ESH z roku 2023 zůstávají v otázce sekundární hypertenze rovněž selektivní a plošný screening všech hypertoniků nepovažují za proveditelný ani nákladově efektivní. Doporučují proto cílené vyšetřování pacientů s klinickými či laboratorními známkami vyšší pravděpodobnosti sekundární etiologie, včetně PA (5). Naproti tomu doporučení ESC z roku 2024 více akcentují potřebu aktivního vyhledávání PA a širší zapojení primární péče. Uvádějí, že sekundární hypertenze může tvořit 10–35 % případů hypertenze a prevalence PA dosahuje až 12 % u rizikových pacientů s TK > 180/110 mm Hg, přičemž screening zůstává v praxi nedostatečný. ESC proto podporují provádění ARR i při zachované antihypertenzní léčbě s opatrnou interpretační vý-