

sledků, případně po minimální úpravě medikace, s cílem snížit bariéry screeningu a zvýšit záchyt onemocnění (6).

Zásadním problémem v ČR zůstává výrazné poddiagnostikování PA. K dispozici jsou data ze společného registru pěti hypertenzních center ve spojení s údaji Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), která dokumentují významnou diskrepanci mezi očekávanou prevalencí onemocnění a jeho skutečným záchytem v klinické praxi. V roce 2023 bylo v ČR nově diagnostikováno pouze 153 pacientů s PA, zatímco ve stejném roce byla incidence arteriální hypertenze odhadována přibližně na 157 000 nových případů. Vyšetření ARR bylo provedeno pouze u 17 152 osob v celé populaci, a to navíc nikoliv výhradně u nově diagnostikovaných hyperteniků. Tato data jasně ukazují na velmi nízkou míru systematického screeningu a vysvětlují, proč většina pacientů s PA zůstává nediodagnostikována (7). Na vysokou prevalenci PA v rizikových skupinách poukazují také data z českých specializovaných center. Ve dvou studiích z olomouckého pracoviště byl PA diagnostikován u 17 % z 790 pacientů s rezistentní hypertenzí (8), a u 13,6 % z 265 pacientů s kombinací rezistentní a nerezistentní hypertenze (9).

Přestože doporučení Endocrine Society podporují plošný screening, v českých podmínkách je jeho implementace obtížně realizovatelná. Racionálním kompromisem je proto prioritní zaměření na vysoce rizikové skupiny, u nichž lze očekávat nejvyšší diagnostický výtěžek i největší klinický přínos cílené léčby (Tab. 1).

Současně je vhodné podpořit širší dostupnost screeningového vyšetření i mimo specializovaná centra, např. v ordinaci praktických lékařů, internistů a kardiologů, v souladu s pragmatickým přístupem doporučení Endocrine Society a ESC. Dle názoru autorů lehčí nekomplikované formy PA lze při dodržení diagnostických algoritmů sledovat i mimo specializovaná pracoviště, viz obr. 2, zatímco těžší formy by měly být odesílány k dalšímu vyšetření. Specializovaná hypertenzní centra by měla zůstat klíčová především pro interpretaci nejednoznačných nálezů a závažných forem PA, konfirmační testování, subtypizaci a rozhodování o chirurgické léčbě u unilaterálních forem. Vzhledem k jejich omezené kapacitě však nelze screening PA centralizovat výhradně do těchto pracovišť; praktickým řešením je dostupný základní screening v širší klinické praxi s následnou referencí vybraných případů do hypertenzních center.

ARR lze v běžné praxi stanovit i při chronické antihypertenzní medikaci s opatrnou interpretací výsledků, případně po minimální úpravě

léčby, zejména po vysazení MRA s dostatečným časovým odstupem. Tento postup je praktičtější, bezpečnější pro pacienta a může urychlit diagnostiku; závažnější formy PA lze navíc často zachytit i bez kompletního vysazení interferující medikace. S výhodou lze provést kompletní převedení na neinterferující medikaci u mladých hyperteniků časně po záchytu hypertenze, nebo před zahájením léčby. Naopak u velmi starých a polymorbidních pacientů nebo u nemocných již léčených MRA s dobrým efektem může být přínos systematického screeningu PA omezený.

Positivně lze v guidelines Endocrine Society hodnotit zavedení klinické stratifikace pacientů podle pravděpodobnosti laterální sekrece aldosteronu, která umožňuje individualizaci diagnostického postupu a v části případů přímé zahájení farmakologické léčby bez nutnosti konfirmačních testů nebo selektivní katetrizace nadledvinových žil. Tento přístup snižuje zátěž pacientů i zdravotnického systému při zachování klinické efektivity.

Farmakologická léčba pomocí MRA zůstává základním terapeutickým pilířem. Nový důraz na hodnocení biologické odpovědi léčby pomocí desuprese reninu je patofyziologicky opodstatněný, avšak jeho rutinní implementace může být v praxi limitována dostupností vyšetření a organizační zátěží. V českém prostředí má nadále dominantní postavení spironolakton, při jeho intoleranci (gynekomastie a impotence u mužů) je dostupnou alternativou eplerenon, se zvýšenou úhradou v indikaci PA (specializace endokrinologie, interní lékařství, kardiologie). Je však nutné počítat s potřebou vyšší dávky a guidelines preferované rozdělení do dvou denních dávek (vzhledem k jeho nižší afinitě k mineralokortikoidnímu receptoru). Kolektiv autorů se kloní k názoru, že zahajovací dávka spironolaktonu u většiny pacientů by měla být 25 mg, nikoliv 12,5 mg (tato dávka může být dostatečná jen u velmi mírných forem PA). Amilorid je v doporučeních uváděn jako alternativní možnost v případě intolerance MRA, avšak v českých podmínkách je dostupný pouze ve fixních kombinacích s nižšími dávkami, než které byly ve studiích srovnávány se spironolaktonem.

AVS zůstává referenční metodou subtypizace PA, avšak jeho dostupnost je v českých podmínkách omezená a vyžaduje vysokou technickou erudici. Molekulární zobrazovací metody představují perspektivní, avšak zatím pouze experimentální alternativu.

Do budoucna představují slibnou terapeutickou perspektivu inhibitory aldosteron-syntázy (baxdrostat, lorundrostat), které v klinických studiích fáze III prokázaly významný antihypertenzní efekt a mohou rozšířit možnosti cílené léčby PA.

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:** Žádné. **Použití AI:** Při jazykové a stylistické úpravě rukopisu byl využit nástroj založený na umělé inteligenci (ChatGPT, OpenAI, verze 5.2). Autoři plně odpovídají za obsah článku, odbornou správnost, interpretaci dat i konečnou podobu textu. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

- 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.
- Vaidya A, Hundemer GL, Nanba K, et al. Primary Aldosteronism: State-of-the-Art Review. *Am J Hypertens.* 2022;35(12):967-988.
- Zelinka T, Ceral J, Petrák O, et al. Jak postupovat při podezření na sekundární arteriální hypertenzi (verze 2022). *Hypertenze Kardiovask Prev.* 2022;84-92.
- Zelinka T, Petrák O, Ceral J, et al. Jak postupovat při podezření na primární hyperaldosteronismus (verze 2023). *Hypertenze Kardiovask Prev.* 2023;13-18.
- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2023;41(12):1874-2071.
- 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.
- Widimsky J, Nikrynova Nguyen TMP, Ramík Z, et al. Is primary aldosteronism a frequent form of hypertension? Data from the Czech Registry and the Czech Institute of Health Information and Statistics. *Blood Press.* 2025;34:1-10.
- Kvapil T, Kociánová E, Ramík Z, et al. Secondary causes and renal outcomes in apparently resistant hypertension: a retrospective cohort study. *Blood Press.* 2026;35(1):2612792.
- Ramík Z, Václavík J, Kvapil T, et al. Long-term trajectory of renal dysfunction and related risk factors in patients with apparently treatment-resistant and non-resistant arterial hypertension. *Blood Press.* 2024;33(1):2353836.