

PRIMÁRNÍ HYPERALDOSTERONISMUS

Autor: Lukáš Jandora

Primární hyperaldosteronismus je onemocnění vyvolané nadprodukcí hormonu aldosteronu v kůře nadledvin. Patří mezi nejčastější formy sekundární hypertenze.

Tab 1. Kritéria hypertenze

Table 6 Definitions of hypertension by office and out-of-office blood pressure levels

Category	Systolic BP (mmHg)		Diastolic BP (mmHg)
Office BP	≥140	and/or	≥90
Ambulatory BP			
Daytime (or awake)	≥135	and/or	≥85
Nighttime (or asleep)	≥120	and/or	≥70
24-h	≥130	and/or	≥80
Home BP	≥135	and/or	≥85

BP = blood pressure.

Zdroj: př. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. ISSN 10.1093/eurheartj/ehz151, dostupné z: <http://eurheartj.oxfordjournals.org>, cit. 4.4.2017

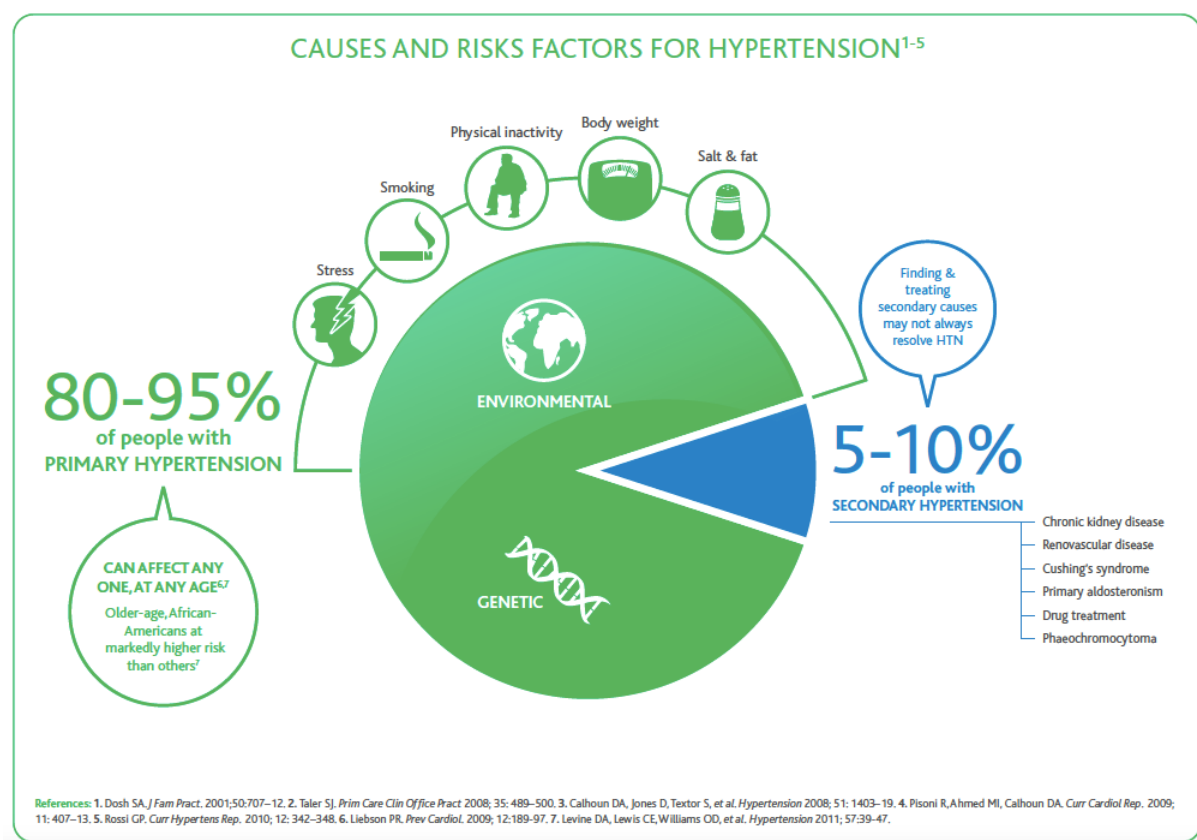
Výskyt

V České republice se obecně odhaduje, že primární hyperaldosteronismus je přítomen u 5–10 % pacientů s arteriální hypertenzí. Existují však i zdroje, které uvádí přítomnost primárního hyperaldosteronismu až u 14,4% pacientů. Ve specializovaných centrech, kde dochází ke koncentraci pacientů se středně těžkou a těžkou hypertenzí, je podíl pacientů s primárním hyperaldosteronismem vyšší: 5–20 %.

Etiologie, patogeneze

U primárního hyperaldosteronismu lze rozlišit několik základních forem. V drtivé většině případů se setkáme s prvními dvěma formami. První je způsobená adenomem kůry nadledvin produkujícím hormon aldosteron (Connův syndrom), který je zodpovědný asi za 45 % případů a druhou skupinou je bilaterální hyperplazie nadledvin (idiopatický hyperaldosteronismus) s přibližně stejným procentuálním zastoupením (45 %). Další skupiny jsou vzácné. Patří sem unilaterální adrenální hyperplazie tvořící 5–6 % případů, familiární hyperaldosteronismus I. a II. typu (oba 1 % případů) a karcinom produkující aldosteron (1–2 % případů).

Obr 1. Příčiny a rizikové faktory hypertenze



Zdroj: http://newscentre.boehringer-ingenelheim.com/education_hub1/cardiovascular-stroke/hypertension/infographics/Causes_and_risk_factors_for_hypertension.html, cit. 4. 4. 2017

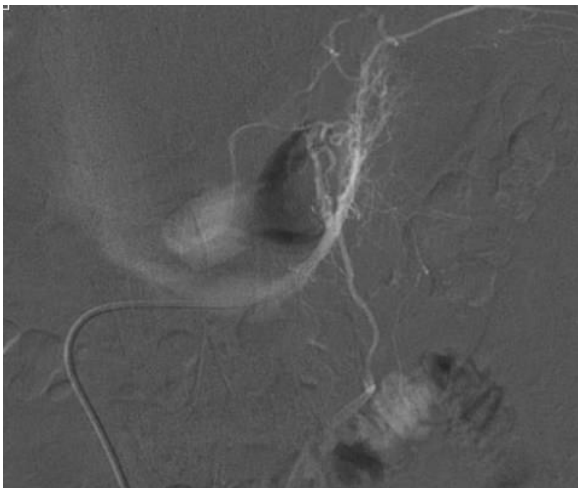
Hlavní příznaky

Toto onemocnění má nespecifické příznaky. Snížená hladina draslíku vede k svalové slabosti, únavě, zácpě, mravenčení a poruchám srdečního rytmu. Téměř vždy je přítomná středně těžká až těžká arteriální hypertenze, která nemá dostatečnou odpověď na podávanou léčbu.

Wyšetření

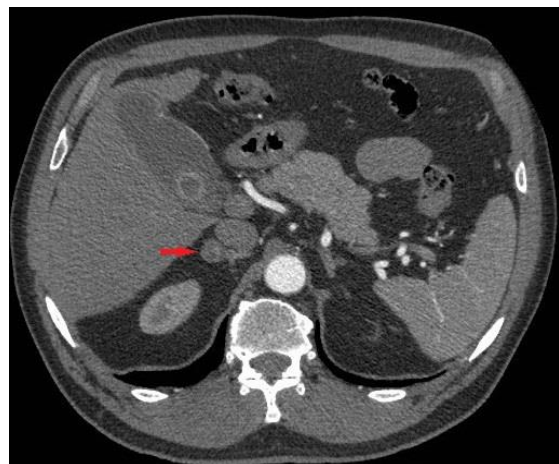
Jednou z diagnostických metod je beze sporu měření krevního tlaku, kdy nedostatečná kompenzace krevního tlaku při antihypertenzní léčbě nás může navést na první myšlenku o primárním hyperaldosteronismu. Nezbytná vyšetření nutná k správné diagnostice jsou potom laboratorní diagnostika, zobrazovací metody (CT, MR) a katetrizace nadledvinových žil. Laboratorní diagnostika je za použití hormonálních testů zásadní pro potvrzení diagnózy. Pokud je laboratorně a klinicky potvrzená diagnóza primárního hyperaldosteronismu, následuje vyšetření zobrazovacími metodami. Význam těchto vyšetření spočívá hlavně ve vyloučení zhoubného karcinomu nadledvin. Další součástí diagnostického postupu je již zmiňovaná katetrizace nadledvinových žil, která slouží k odlišení jednotlivých forem primárního hyperaldosteronismu.

Obr. 2 Angiografie levé adrenální žíly



Zdroj: Radiologická klinika FNOL

Obr.3 CT nadledvin – adenom vlevo



Zdroj: Radiologická klinika FNOL

Léčba

Léčba primárního hyperaldosteronismu závisí na jeho formě. O tom zda bude postupováno konzervativně nebo chirurgicky rozhoduje již zmiňovaná katetrizace nadledvinových žil. V případě diagnózy unilaterálního (jednostranného) adenomu volíme chirurgický postup a to

kompletní odstranění postižené nadledviny – adrenalektomii. Již vzácněji je indikací k adrenalektomii karcinom nadledviny popřípadě unilaterální hyperplazie. Při průkazu bilaterální (oboustranné) hyperplazie nadledvin se přikláníme ke konzervativní terapii - medikamentózní.

Komplikace

Dlouhodobě zvýšený krevní tlak může být příčinou srdečního selhání. Snížená hladina draslíku se může projevit jakkoliv – od zácpy, přes svalovou slabost, avšak nejzávažnější komplikací nízké hladiny draslíku jsou život ohrožující poruchy srdečního rytmu.

Praktické rady pro pacienta

Na primární hyperaldosteronismus musíme myslet hlavně u arteriální hypertenze, která špatně reaguje na léčbu. Proto jsou nezbytné pravidelné kontroly u lékaře, které mohou vést k odhalení této skutečnosti a zahájení diagnostických postupů vedoucích k časně diagnostice primárního aldosteronismu.

Seznam použité literatury

Internetové zdroje

JOURNAL OF VASCULAR DIAGNOSIS. Adrenal vein sampling in the diagnosis of aldosteronism ze dne [online]. 8. 7. 2015 [4. 4. 2017]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JVD.S79302> .

ČESKÁ RADIOLOGIE. Současný stav v diagnostice primárního hyperaldosteronismu ze dne [online]. 1. 5. 2012 [4. 4. 2017]. Dostupné z <http://www.cesradiol.cz/detail.php?stat=371> .

Seznam obrázků, fotografií, tabulek a grafů

Obr.1 Příčiny a rizikové faktory hypertenze

http://newscentre.boehringer-ingelheim.com/education_hub1/cardiovascular-stroke/hypertension/infographics/Causes_and_risk_factors_for_hypertension.html

Obr.2 Angiografie levé nadledvinové žíly

Radiologická klinika FNOL

Obr.3 CT nadledvin - adenom

Radiologická klinika FNOL

Tab.1 Kritéria hypertenze

<http://eurheartj.oxfordjournals.org>