

Primární hyperaldosteronismus

- Nadměrná sekrece aldosteronu kůrou nadledvin.

Etiologie

- 50–60 % – bilaterální hyperplazie zona glomerulosa (idiopatický hyperaldosteronismus)
- 35–40 % – **Connův syndrom** – označení pro unilaterální adenom produkující aldosteron
- 5–8 % – unilaterální hyperplazie
- vzácný – familiární hyperaldosteronismus typu I – dexametason supresibilní (DSH) – dochází ke splynutí regulační části genu pro 11beta-hydroxy-lázu s kódující částí genu pro aldosteron-syntázu; výsledný chimerický gen produkuje velké množství aldosteronu, který je však pod kontrolou ACTH.
- vzácný – karcinom kůry nadledvin

Stav podobný primárnímu hyperaldosteronismu může být způsoben i ledvinami, kde se může vytvořit nezhoubný nádor *reninom*. Jeho buňky produkují větší množství reninu a to vede ke zvýšení tvorby aldosteronu v ledvinách.

Klinický obraz

Bez ohledu na příčinu, jsou projevy nemoci stejné – vysoká hladina aldosteronu má vliv na **snížené vylučování sodíku** a naopak **zvýšené vylučování draslíku** ledvinami. Sodík se hromadí v těle, což vede k **zvýšení objemu extracelulární tekutiny** (včetně plazmy). Nárůst tekutiny v cévách vede ke **zvýšení krevního tlaku** se všemi projevy a komplikacemi (bolesti hlavy, únava, krvácení z nosu). Dlouhodobě zvýšený krevní tlak může být příčinou srdečního selhání. Snížená hladina draslíku se může projevit jakkoliv – od zácpy, přes svalovou slabost, hypokalemickou nefropatii (se sníženou koncentrační schopností ledvin projevující se nykturií) až po život ohrožující poruchy srdečního rytmu.

U pacienta je tedy přítomna: hypertenze, hypokalemie, hypernatremie.

Diagnostika

Na Connův syndrom musíme myslet u arteriální hypertenze, která špatně reaguje na léčbu.

Zobrazovací metody

- ultrazvuk ledvin (reninom) a nadledvin (nádor, oboustranná hyperplazie)
- CT, MRI nadledvin

Laboratorní vyšetření

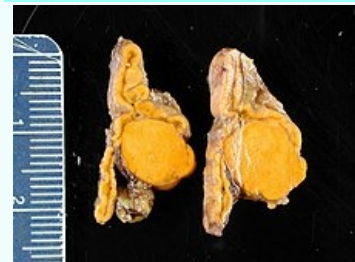
- zvýšená hladina Na^+ a snížená K^+ v krvi
- hladiny hormonů:
 - je-li vysoká hladina aldosteronu i reninu, znamená to, že příčina vysokého aldosteronu je v ledvinách
 - je-li vysoká hladina aldosteronu, ale nízká hladina reninu, znamená to, že problém je v nadledvinách
- vyšetření plazmatické reninové aktivity
- stimulační testy (fyzická zátěž, furosemid)

Léčba

Primární hyperaldosteronismus

Primary aldosteronism

Hyperaldosteronismus primarius



Kůra nadledviny pri primárním hyperaldosteronismu

Klinický obraz hypertenze, hypokalemie, hypernatremie

Diagnostika zobrazovací metody, laboratorní vyšetření

Léčba odlišná dle příčiny

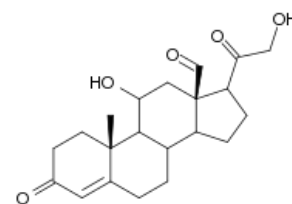
Klasifikace a odkazy

MKN E26.0 (<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/E26.0>)

MeSH ID D006929 (<https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=D006929>)

MedlinePlus 000330 (<https://medlineplus.gov/ency/article/000330.htm>)

Medscape 127080 (<https://emedicine.medscape.com/article/127080-overview>)



Aldosteron

Léčebný postup volíme dle příčiny.

- nádory nadledvin – chirurgické odstranění (adrenalektomie)
- oboustranná hyperplazie nadledvin – konzervativní terapie: farmakoterapie (spironolakton a eplerenon, které tlumí účinek aldosteronu) – oboustranné chirurgické odstranění nadledvin není vhodné kvůli velkému významu jejich hormonů.
- familiární hyperaldosteronismus typu I – malé dávky glukokortikoidů suprimující ACTH

Odkazy

Související články

- Dysbalance natria
- Diabetes insipidus
- Cushingův syndrom
- Addisonova choroba
- Endokrinní hypertenze

Zdroj

- ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. [cit. 14. 4. 2011]. <<http://www.stefajir.cz/?q=connuv-syndrom>>.

Použitá literatura

- NEČAS, Emanuel. *Patologická fyziologie orgánových systémů. Část 2.* 2. vydání. Praha : Karolinum, 2009. 760 s. s. 582. ISBN 978-80-246-1712-1.
- ČEŠKA, Richard a Vladimír TESAŘ, et al. *Interna.* 132. vydání. Praha : Triton, 2012. 855 s. s. 153. ISBN 9788073876296.