

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

Léčebný postup volíme dle příčiny.

- nádory nadledvin – chirurgické odstranění (adrenalektomie)

Primární hyperaldosteronismus

Primary aldosteronism

Hyperaldosteronismus primarius



Kůra nadledviny při primárním hyperaldosteronismu

Klinický obraz hypertenze, hypokalemie, hypernatremie

Diagnostika zobrazovací metody, laboratorní vyšetření

Léčba odlišná dle příčiny

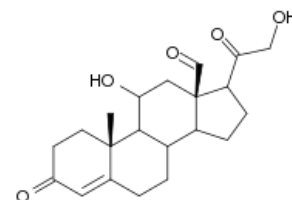
Klasifikace a odkazy

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

- 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.