

postup jako při pravostranné adrenalectomii. Retrakci tkání mediálně je nutné provádět velmi šetrně pro možné zmoždění slinivky, proto je vhodné, aby operátor měl představu o její lokalizaci. Komplikace jsou velmi podobné pravostranné adrenalectomii, zde však hrozí ještě poranění slinivky s možností vzniku pseudocyst či fistulí. Dále poranění sleziny, včetně dvoudobého, kdy dojde k provalení subkapsulárního hematomu až v pooperačním období. Při klipování levé suprarenální žíly, zejména v nepřehledné situaci, je riziko poranění či zaklipování renální arterie, která je často hned pod suprarenální žílou.

Indikace adrenalectomie

Indikace k adrenalectomii jsou uvedeny v tabulce 1 (5, 6).

Adrenalectomie u incidentalomu nadledviny

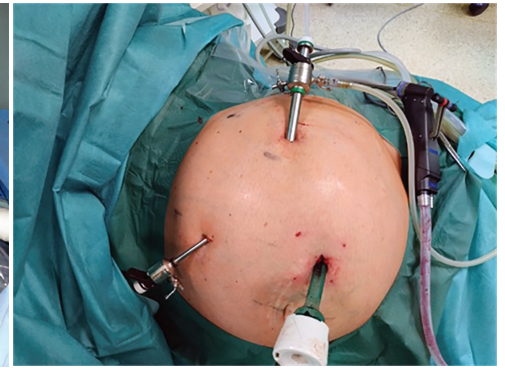
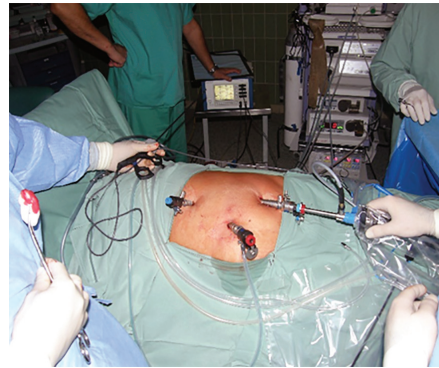
Incidentalomem nadledviny se označuje náhodně objevená expanze nadledviny při zobrazovacích vyšetření, bez klinických známek poruchy nadledvinových funkcí (Obr. 13).

Každá expanze nadledviny by měla být endokrinologicky vyšetřena, zejména k vyloučení feochromocytomu (9). Incidentalomy nadledviny, hormonálně inaktivní, velikosti do 4 cm, které splní rtg kritéria benigního korového adenomu, mohou být pouze sledovány.

Tab. 1. Indikace k adrenalectomii

Incidentalom nadledviny > 4 cm (hormonálně inaktivní)
Hormonálně aktivní nadledviny
1) <i>nadprodukce kortizolu – Cushingův syndrom</i> (7) ACTH independentní Cushingův syndrom
<ul style="list-style-type: none"> ■ unilaterální adenom kůry nadledviny (50–60%) ■ bilaterální adenom kůry nadledviny (vzácný) ■ karcinom kůry nadledviny ■ ACTH – independentní adrenální hyperplazie (vzácná forma) ■ primární pigmentová nodulární adrenokortikální choroba (vzácná forma)
ACTH syndrom ektopická sekrece – nutná oboustranná adrenalectomie (asi 20% ACTH dependentních Cushingových syndromů) (poz. 80% je centrální – zdroj ACTH adenom hypofýzy)
2) <i>nadprodukce aldosteronu – primární hyperaldosteronismus</i> (8)
<ul style="list-style-type: none"> ■ aldosteron produkující adenom – Connův syndrom (40–60%) ■ bilaterální hyperplazie – idiopatický hyperaldosteronismus (40%) ■ unilaterální hyperplazie (1–2%) ■ familiární hyperaldosteronismus 1. typu (1%) ■ familiární hyperaldosteronismus 2. typu (1%) ■ karcinom kůry nadledviny (1–2%)
3) <i>nadprodukce katecholaminů – feochromocytom</i>
Podezření na malignitu (nejsou splněna rtg kritéria pro adenom nadledviny)
Symptomatický myolipom či hrozící ruptura (nad 10 cm)
Metastáza nadledviny
Součástí radikální nefrektomie, kdy je nadledvina infiltrována či je přítomen trombus v nadledvinové žíle
Incidentalom nadledviny rostoucí rychlostí > 1 cm za rok

Obr. 7, 8. Porty při levostranné adrenalectomii

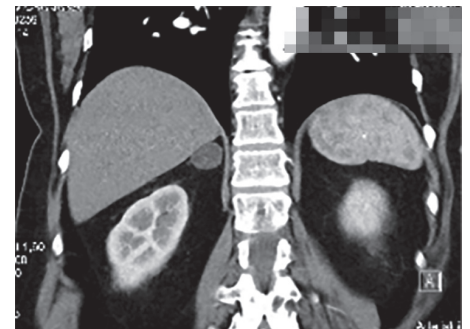


Rtg charakteristika benigního korového adenomu: CT hypodenzní homogenní tumor bohatý na tukovou tkáň o denzitě < 10 Hounsfieldových jednotek (HU) (13). U adenomu dochází k rychlejšímu vyplavování kontrastu v porovnání s maligní lézí. Stanovuje se absolutní a relativní vyplavování kontrastní látky (Tab. 2). K výpočtu je potřeba znát denzitu při maximálním syčení po podání kontrastní látky a 15 min po tom. Hodnota ARP > 60% a RPV > 40% má vysokou senzitivitu

Tab. 2. Výpočet absolutního a relativního vyplavování kontrastu (15)

APW: $\frac{\text{maximální} - \text{pozdní HU}}{\text{maximální nativní HU}}$	RPW: $\frac{\text{maximální} - \text{pozdní HU}}{\text{maximální HU}}$
APW – Absolute Percent Washout, RPW – Relative Percent Washout, HU – Hounsfieldovy jednotky	

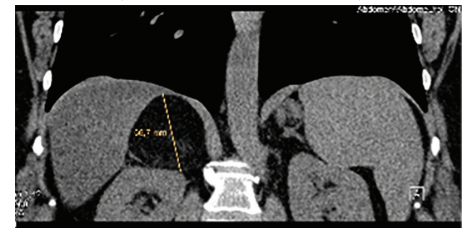
Obr. 9. Adenom pravé nadledviny (primární hyperaldosteronismus)



Obr. 10. Karcinom pravé nadledviny



Obr. 11. Myelolipom pravé nadledviny



Obr. 12. Metastáza melanomu pravé nadledviny

