

- Pokud je výsledek nekontrastního CT vyšetření kompatibilní s diagnózou benigní expanze nadledviny (homogenní vzhled a denzita v Hounsfieldových jednotkách (HU) je ≤ 10), není další zobrazovací vyšetřování vyžadováno (zvýšená síla doporučení a úroveň důkazů).
- Pokud je denzita homogenní expanze nadledviny v rozmezí 11–20 HU a velikost je pod 4 cm a zároveň endokrinologické vyšetření neprokazuje hormonální nadprodukcí, je navrhováno bezprostřední provedení dalšího zobrazovacího vyšetření, abychom zamezili dalším kontrolním vyšetřením. Alternativně může být provedené kontrolní nekontrastní CT nebo vyšetření magnetickou rezonancí v intervalu 12 měsíců.
- Pokud je expanze nadledvin ≥ 4 cm a je heterogenní nebo má na nativním CT denzitu > 20 HU, je přítomné významné riziko, že se jedná o maligní expanzi. Proto je v těchto případech doporučena diskuze v multidisciplinárním týmu. Ve většině případů je řešením volby bezprostřední chirurgická léčba, ale u některých případů může být alternativou kontrolní zobrazovací vyšetření. Před chirurgickým výkonem je doporučeno provedení kompletního stagingu včetně minimálně doplnění CT vyšetření hrudníku a/nebo FDG-PET/CT vyšetření. Pokud není chirurgické řešení realizováno, je doporučeno další zobrazovací vyšetření v intervalu 6–12 měsíců.
- U expanzí nadledvin, které nespádají do žádné z výše uvedených kategorií (např. tumor ≥ 4 cm s denzitou na nativním CT 11–20 HU, nebo tumor < 4 cm s nativní denzitou > 20 HU, nebo tumor < 4 cm s nehomogenním vzhledem), je navrhován individuální přístup s diskuzí v multidisciplinárním týmu. Pravděpodobnost maligního tumoru je v těchto případech stále nízká. Proto je ve většině takových případů možností bezprostřední provedení dalšího zobrazovacího vyšetření v závislosti na dostupnosti specializovaného centra. Pokud je i poté tumor hodnocen jako neurčitá expanze a chirurgické odstranění není provedeno, pak je indikováno další zobrazovací vyšetření (nekontrastní CT, nebo MR) v intervalu 6–12 měsíců.
- U všech pacientů s incidentalomem nadledviny je indikováno provedení 1 mg overnight dexametazonového supresního testu (DST) k vyloučení nadprodukce kortizolu. Dle nových doporučení nemusí být u křehkých pacientů s limitovaným dožitím provedení DST nutné. Hodnocení výsledků tohoto testu je doporučeno spíše jako hodnocení kontinuální proměnné, než jako kategorické hodnocení ano/ne.
- Pacienti bez klinických příznaků manifestního Cushingova syndromu a koncentrací kortizolu po dexametazonu nad 50 nmol/l by měli být považováni za pacienty s mírnou autonomní nadprodukcí kortizolu (MACS) bez další stratifikace na základě stupně supresibility. U těchto pacientů je doporučena confirmace nezávislosti na produkci ACTH. Při interpretaci výsledku DST mají být zváženy faktory, které ovlivňují výsledek. Je doporučeno opakování DST k potvrzení autonomie sekrece kortizolu. Další biochemické testy k posouzení stupně nadprodukce kortizolu mohou být přínosné. Pro klinický management je však hlavním faktorem při rozhodování přítomnost komorbidit potenciálně spojených s hyperkortizolismem, věk a stav pacienta.
- U pacientů s MACS u unilaterální expanzí nadledviny je doporučeno diskutovat možnost chirurgického řešení s pacientem ve vztahu k případným komorbiditám. Do úvahy mají být zavzaty věk, pohlaví, zdravotní stav pacienta, nesupresibilita v DST, závažnost komorbidit a preference pacienta. Ve všech případech má být indikace k chirurgické léčbě stanovena na základě diskuze v multidisciplinárním týmu.
- Vyloučení feochromocytomu pomocí měření volných plazmatických metanefrinů nebo frakcionovaných močových metanefrinů je doporučeno u všech lézí nadledvin se zobrazovacími znaky, které nejsou typické pro benigní adenom.
- Měření sexuálních steroidů a jejich prekurzorů (ideálně pomocí stanovení steroidního profilu pomocí tandemové hmotové spektrografie (LC-MC/MS)) je doporučeno u pacientů, u kterých je na základě zobrazovacích nebo klinických charakteristik podezření na karcinom kůry nadledvin.
- Pokud je indikován chirurgický výkon u benigních expanzí nadledvin s hormonální nadprodukcí (včetně MACS), je doporučen minimálně invazivní přístup.
- Provedení minimálně invazivní adrenalectomie je doporučeno u pacientů s jednostrannou expanzí s radiologickým podezřením na malignitu a velikostí ≤ 6 cm a zároveň bez průkazu invaze provádět specializovaným chirurgem s velkým počtem provedených výkonů.
- U pacientů, kteří nespádají do výše uvedených kategorií, je doporučena diskuze se zkušeným specializovaným chirurgem v rámci multidisciplinárního týmu.
- Pacienty s MACS, u kterých byl proveden chirurgický výkon, je doporučeno sledovat endokrinologicky do doby, než je prokázáno zotavení osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny.
- U pacientů s lézí nadledvin s jasnými vlastnostmi benigní léze při zobrazovacím vyšetření není doporučeno žádné další zobrazovací vyšetření v průběhu sledování (vyšší síla doporučení a vyšší úroveň důkazů, byly vynechány limity pro velikost tumoru).
- U pacientů s normálními výsledky endokrinologických vyšetření není indikováno opakované vyšetření s výjimkou případů, kdy dojde ke zhoršení nebo novému objevení klinických příznaků endokrinní aktivity (vyšší síla doporučení a vyšší úroveň důkazů).
- U pacientů s MACS, kteří nepodstoupí adrenalectomii, je doporučeno pouze posuzování komorbidit potenciálně ve vztahu k sekreci kortizolu v jednoročních intervalech. Pro tyto případy je navrhováno vyřazení ze sledování specializovaného zařízení a převedení do zařízení primární péče, pokud je takové kompetentní v místě bydliště pacienta k dispozici. Pokud dojde k objevení nebo zhoršení těchto komorbidit, je doporučeno odeslání ke specializovanému endokrinologickému vyšetření a nové zvážení potenciálního benefitu chirurgické intervence.
- U pacientů s bilaterálními incidentalomy nadledvin je doporučeno, aby u nich bylo provedeno stejné klinické a hormonální vyšetření jako u pacientů s jednostrannými incidentalomy.
- K bilaterálním incidentalomům je doporučen přístup z hlediska čtyř možností založený na provedení zobrazovacích a hormonálních vyšetření: a) bilaterální makronodulární hyperplazie, b) bilaterální