NEWSLETTER #16 · ZAŁĄCZNIK 8 · LIPIEC 2026

Nawrotowe poronienia (RPL) — nowe wytyczne ASRM 2026

pierwsza aktualizacja od 2012 roku

Co zbadano i jak

To Committee opinion ASRM (Fertil Steril, 2026), nie pierwotne badanie — dokument konsensusowy oparty na przeglądzie literatury i opinii panelu ekspertów. Poziom EBM poszczególnych rekomendacji jest bardzo zróżnicowany: część opiera się na dużych RCT i metaanalizach, część na małych badaniach retrospektywnych lub samej opinii eksperckiej — dokument to jasno rozróżnia.

Nowa definicja RPL

Utrata ≥2 ciąż przed 22. tygodniem, z wykluczeniem zaśniadu i ciąży ektopowej. Potwierdzenie samym dodatnim beta-hCG (mocz lub krew) wystarcza — USG lub badanie histopatologiczne nie są wymagane. Straty nie muszą być kolejne po sobie (dane o gorszym rokowaniu przy stratach następujących bezpośrednio po sobie pochodzą z jednej kohorty obserwacyjnej i są ograniczone). Ciąże biochemiczne wliczają się do definicji, bo dają podobne ryzyko nawrotu jak straty kliniczne.

Algorytm diagnostyczny

Centralna zmiana: badanie chromosomalne tkanki poronnej (array-based — CGH, NGS lub SNP-mikromacierz, nie klasyczny kariotyp G-banding) rekomendowane u wszystkich pacjentek już przy drugiej stracie. Równolegle z tym — ocena jamy macicy (HSG, sonohisterografia lub histeroskopia) jest teraz rekomendowana u każdej kobiety z niewyjaśnionym RPL, ze względu na podwyższoną częstość wad wrodzonych macicy w tej grupie (13,3% vs 5,5% w populacji ogólnej) oraz ryzyko zrostów i pozostałości tkanki po poprzednich poronieniach.

Powód priorytetu badania chromosomalnego: aneuploidia odpowiada za 50–60% poronień I trymestru, częstość rośnie z wiekiem matki (ok. 50% u kobiet <35 r.ż., 75% >40 r.ż.), a wynik determinuje dalszy tor postępowania — poronienie euploidalne uzasadnia pełną diagnostykę RPL, poronienie aneuploidalne pozwala odroczyć dalsze badania.

Tabela rekomendacji testów:

Kategoria	Test
Rekomendowane u wszystkich	Badanie chromosomalne tkanki poronnej (array-based); ocena jamy macicy (HSG, sonohisterografia lub histeroskopia)
Rekomendowane w wybranych sytuacjach	Kariotyp obojga partnerów (przy niezbalansowanej translokacji lub braku badania tkanki); przeciwciała antyfosfolipidowe (przy spełnieniu kryteriów klinicznych APS); TSH (przy poronieniu euploidalnym lub braku badania tkanki); biopsja endometrium z barwieniem CD138 (przewlekłe zapalenie błony śluzowej); fragmentacja DNA plemników (niewyjaśnione RPL lub współistniejąca niepłodność); HbA1c (PCOS, otyłość, wiek >40); prolaktyna (tylko przy objawach)
Niezalecane	Trombofilia wrodzona (Leiden, protrombina, MTHFR, białko C/S, antytrombina III, homocysteina); przeciwciała tarczycowe przy prawidłowym TSH; testy receptywności endometrium (NK-cells); mikrobiom (w tym mykoplazma/ureaplazma); rutynowa ocena rezerwy jajnikowej

Fragmentacja DNA plemników (SDF)

Partnerzy kobiet z RPL mają średnio o 11–12% wyższy SDF niż kontrola płodna (potwierdzone w dwóch niezależnych metaanalizach). Wysoki SDF wiąże się z 2-krotnie wyższym ryzykiem kolejnego poronienia (RR 2,16; 95% CI 1,54–3,03). Brak jednak dowodów, że leczenie podwyższonego SDF (naprawa żylaków powrózka, selekcja plemników, zaprzestanie palenia) zmniejsza ryzyko RPL — test może uzasadniać konsultację urologiczną, ale to na razie sygnał, nie gotowa interwencja.

Leczenie czynnika męskiego

Chociaż wykazano, że takie zabiegi jak operacja żylaków powrózka nasiennego, ekstrakcja plemników z jąder, selekcja plemników, rzucenie palenia, regulacja częstotliwości ejakulacji oraz inne działania mające na celu optymalizację stylu życia zmniejszają wskaźnik SDF, nie ma opublikowanych, dobrze kontrolowanych badań, które wykazałyby, czy leczenie podwyższonego wskaźnika SDF zmniejsza ryzyko RPL. W dużym, randomizowanym badaniu, w którym do selekcji plemników wykorzystano metodę wiązania hialuronianu, wykazano wprawdzie zmniejszenie częstości poronień, jednak badanie to nie było ukierunkowane konkretnie na pacjentów z RPL. Niemniej jednak nieprawidłowe wyniki badań mogą skłonić mężczyzn doświadczających RPL do konsultacji urologicznej w celu zidentyfikowania czynników lub działań, które mogłyby wpływać na wskaźnik SDF.

Progesteron — ważne rozróżnienie

Brak dowodów na sens oznaczania poziomu progesteronu i suplementacji na tej podstawie w niewspomaganej ciąży. Natomiast empiryczna suplementacja dopochwowa (bez oznaczania poziomu) jest w kategorii „możliwa korzyść" — do rozważenia przy krwawieniu w I trymestrze i/lub niewyjaśnionym RPL, w modelu wspólnego podejmowania decyzji. Badanie PROMISE (duże RCT) nie wykazało korzyści progesteronu dopochwowego wprowadzanego po potwierdzeniu ciąży u kobiet z niewyjaśnionym RPL.

Co działa, co nie działa — tabela leczenia

Kategoria	Interwencja
Standard	Optymalizacja chorób matki przed ciążą; wsparcie psychologiczne; heparyna + ASA przy APS; leczenie jawnej niedoczynności tarczycy; leczenie niekontrolowanej cukrzycy; poradnictwo genetyczne przy znanej translokacji
Możliwa korzyść	Korekcja wad jamy macicy (przegroda, polipy, mięśniaki podśluzówkowe, zrosty); empiryczny progesteron dopochwowy przy krwawieniu w I trymestrze; leczenie przewlekłego zapalenia endometrium; konsultacja urologiczna przy podwyższonym SDF; metformina w PCOS z insulinoopornością; IVF z PGT-A/PGT-SR; komórki jajowe dawcy
Nieskuteczne / brak dowodów	Empiryczna ASA i leki trombolityczne bez potwierdzonego APS; leczenie endometriozy/adenomiozy; leczenie hiperprolaktynemii bez zaburzeń owulacji; leczenie trombofilii wrodzonej; L-tyroksyna przy izolowanych przeciwciałach TPO lub TSH <4 mIU/l; IVIG, intralipidy, prednizon

PGT-A — nie wykazano redukcji poronień ani wzrostu odsetka żywych urodzeń w populacji RPL względem postępowania wyczekującego. Wyjątek: kobiety >40 r.ż. z potwierdzoną aneuploidią w poprzednim poronieniu — tu można rozważyć w modelu wspólnej decyzji, ale bez obietnicy skrócenia czasu do ciąży.

Co z tego wynika w praktyce

- Przy drugim poronieniu: zaproponuj badanie tkanki (możliwy zestaw do samodzielnego pobrania w domu, jeśli pacjentka nie chce zabiegu).

- Wynik euploidalny → pełna diagnostyka RPL: ocena jamy macicy, TSH, ewentualnie APS przy kryteriach klinicznych.
- Wynik aneuploidalny → można odroczyć dalsze badania — pojedyncze poronienie euploidalne nie zwiększa ryzyka kolejnej straty.
- Nie zlecaj rutynowo trombofilii wrodzonej ani przeciwciał tarczycowych bez wskazań — to najczęstsza nadmiarowa diagnostyka w praktyce, którą wytyczne teraz wprost odradzają.

Pamiętaj o komponencie psychologicznym: ryzyko depresji jest ok. 5-krotnie wyższe u kobiet po RPL, dotyczy też partnerów — warto pytać wprost i kierować do wsparcia.

Ograniczenia

To dokument konsensusowy, nie metaanaliza pierwotnych danych — część rekomendacji (np. progesteron, leczenie przewlekłego zapalenia endometrium) opiera się na sprzecznych lub słabych dowodach, co autorzy sami przyznają. Duże RCT dotyczące doksycykliny w przewlekłym zapaleniu endometrium (CERM trial, 438 kobiet) nie wykazało różnicy w odsetku poronień ani żywych urodzeń — warto to mieć w pamięci, bo temat bywa nadinterpretowany.

Źródło

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Recurrent pregnancy loss: a committee opinion (2026). Fertil Steril 2026.

https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/recurrent-pregnancy-loss-a-committee-opinion-2026/