

Poronienia nawracające - RCOG czerwiec 2023

Recurrent Miscarriage (Green-top Guideline No. 17)

<https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/recurrent-miscarriage-green-top-guideline-no-17/>

Wprowadzenie i tło epidemiologiczne

Poronienie jest definiowane jako samoistna strata ciąży przed osiągnięciem przez płód możliwości przeżycia. Termin ten obejmuje wszystkie ciążę utracone od poczęcia do 24 tygodnia ciąży. Warto podkreślić, że rozwój opieki neonatologicznej skutkuje coraz większą przeżywalnością dzieci urodzonych przed 24 tygodniem ciąży.

Poronienie samoistne (występuje głównie w pierwszym trymestrze ciąży) jest często wynikiem losowych nieprawidłowości chromosomalnych u płodu. Występowanie wzrasta wraz z wiekiem matki i dotyczy odpowiednio 10-50 % kobiet w wieku 20-45 lat.

Natomiast nawracające poronienia są tradycyjnie definiowane jako trzy lub więcej poronień i dotyczą około 1% kobiet. Podobne zdarzenia występują u 1 % kobiet, które doświadczają poronienia w drugim trymestrze, w przypadku których losowe nieprawidłowości chromosomalne są znacznie rzadsze.

Ryzyko wystąpienia poronienia nawracającego podwaja się, jeśli wystąpią dwa poronienia, łączne ryzyko jest na poziomie 1,9 % (1,8-2,1%) dla dwóch poronień i 0,7% (0,5-0,8%) dla trzech epizodów poronień.

W tych zaleceniach poronienia nawracające są definiowane jako trzy lub więcej poronień w pierwszym trymestrze, utrzymując poprzednie rekomendacje RCOG. Jednakże, klinicyści są zachęceni do rozpoczęcia diagnostyki po dwóch poronieniach w pierwszym trymestrze jeśli występuje podejrzenie, że te straty mają patologiczne, a nie samoistne podłoże (na przykład jeśli u kobiety nastąpiło poronienie i posiada ona wynik nieinwazyjnego testu prenatalnego lub kariotyp materiału poronnego).

Czynniki ryzyka poronień nawracających	
Zaawansowany wiek matki	Zwiększone ryzyko
Zaawansowany wiek ojca	Zwiększone ryzyko, jednak nie tak znacznie jak wiek matki
Ilość poprzednich poronień	Zwiększone ryzyko
Ilość poprzednich żywych urodzeń	Brak wpływu
Grupa etniczna (Afroamerykanie)	Zwiększone ryzyko
Pokrewieństwo partnerów	Brak wpływu
Palenie tytoniu	Zwiększone ryzyko
Spożywanie nadmiernej ilości alkoholu	Zwiększone ryzyko
Spożywanie nadmiernej ilości kofeiny	Zwiększone ryzyko
Kobiety z BMI<19 lub>25 kg/m ²	Zwiększone ryzyko

1. Trombofilia

• *Nabyta*

Zespół antyfosfolipidowy jest definiowany jako związek między przeciwciałami antyfosfolipidowymi (PL) (antykoagulant toczniowy, przeciwciała antykardiolipidowe, przeciwciała przeciwko beta-2 – glikoproteinie-1) i powikłanym przebiegiem ciąży oraz zakrzepicą wewnątrznaczyniową.

Powikłania przebiegu ciąży obejmują:

- Trzy lub więcej następujące po sobie straty ciąży przed 10 tygodniem ciąży
- Jedno lub więcej strat ciąży po 10 tygodniu ciąży, gdy płód miał prawidłową morfologię
- Jedno lub więcej przedwczesnych porodów przed 34 tygodniem ciąży lub nieprawidłowości łożyska

Antykoagulant toczniowy jest najsilniej powiązany z poronieniami nawracającymi. Przeciwciała antykardiolipinowe IgG i IgM są na drugim miejscu pod względem powiązania z poronieniami nawracającymi. Przeciwciała przeciwko beta-2 – glikoproteinie 1 wydają się mieć podobne powiązanie, jednak nie ma na to wystarczających dowodów naukowych.

Kobiety z nawracającymi poronieniami powinny otrzymać propozycję przeprowadzenia testów w kierunku nabytej trombofilii, szczególnie w kierunku antykoagulantu tocznia i przeciwciał antykardiolipinowych przed zajściem w kolejną ciążę.

APLS rozpoznaje się w sytuacji dwóch pozytywnych wyników testów w odstępie co najmniej 12 tygodni (i co najmniej 6 tygodni po poronieniu) na obecność antykoagulantu toczniowego lub przeciwciał antykardiolipinowych klasy IgG i/lub IgM w średnim lub wysokim mianie (tj. więcej niż 40 GPL lub MPL lub więcej niż 99 percentyl). W przypadku przeciwciał przeciwko beta-2-glikoproteinie-I, dla których dowody są mniej jednoznaczne, można zastosować klasę IgG i/lub IgM w wysokim mianie (tj. powyżej 99 percentyla).

• *Wrodzona*

Trombofilia wrodzona, obejmująca niedobór czynnika V Leiden, białka C i S, niedobór antytrombiny i mutacje genu protrombiny, jest odpowiedzialna za zakrzepicę układową. Dodatkowo, trombofilia wrodzona jest również powiązana z możliwością powodowania poronień nawracających i późnych powikłań ciąży z domniemanym mechanizmem zakrzepowym w krążeniu macicznie-łożyskowym.

Metaanalizy z danych zbiorczych sugerują możliwe powiązania między wrodzoną trombofilią i stratami ciąży w zależności od typu trombofilii, czasu straty ciąży, grupy etnicznej matki i wieku matki. Jest powszechnie uznawane, że jest silne powiązanie między poronieniami w drugim trymestrze i wrodzoną trombofilią.

Kobiety z poronieniem w drugim trymestrze mogą mieć zaproponowane testowanie w kierunku niedoboru czynnika V Leiden, protrombiny, mutacja genów i niedoboru białko S (w przypadku niedoboru białka S co najmniej 6 tygodni po porodzie i po uprzednim przyjmowaniu leków hormonalnych).

Przed wykonaniem badania na trombofilię należy poinformować pacjentkę i inne osoby z rodziny o konsekwencjach dodatniego lub ujemnego wyniku dla nich samych i członków rodziny. Wyniki powinni interpretować lekarze posiadający specjalistyczną wiedzę w tej dziedzinie.

2. Czynniki genetyczne

- *Prenatalne rearanżacje chromosomalne*

Częstość występowania rearanżacji chromosomów u rodziców wydaje się być powiązana z poronieniami nawracającymi; w jednym z dużych badań oszacowano, że translokacje występują u 2,2% rodziców po jednym poronieniu, 4,8% po dwóch poronieniach i 5,7% po trzech poronieniach.

Chociaż stwierdzono, że ogólne szanse rodziców ze zrównoważonymi strukturalnymi nieprawidłowościami chromosomowymi na urodzenie zdrowego dziecka wynoszą 83%, co jest wartością zbliżoną do pary kontrolnej (84%), to w przypadku rodziców ze zrównoważonymi nieprawidłowościami chromosomowymi ryzyko późniejszego poronienia było większe w porównaniu z drugą grupą.

Związek między rodzajem rearanżacji chromosomów u rodziców a ryzykiem późniejszego poronienia wydaje się również zależny od rodzaju rearanżacji, ponieważ wykazano, że odsetek poronień u rodziców z translokacjami wzajemnymi, inwersjami, translokacjami Robertsonowskimi i innymi typami anomalii chromosomowych wynosi 54%.

- *Anomalie chromosomalne u płodu*

Anomalie chromosomowe ciąży są najczęstszą przyczyną zarówno poronień sporadycznych, jak i poronień nawracających. Według piśmiennictwa około 50% sporadycznych poronień jest wynikiem nieprawidłowości chromosomowych płodu. Wśród płodów z anomaliami dominują: trisomie (51,9%); poliploidie (18,8%); monosomie (15,2%); anomalie strukturalne (6,5%); i inne (7,6%). Stwierdzono, że częstość występowania aneuploidii w przypadku poronień nawracających wynosi około 40%, co sugeruje, że czynniki pozagenetyczne mogą odgrywać ważniejszą rolę w poronieniach nawracających.

Badania wykazały, że im większa liczba poronień ciąży z prawidłowym kariotypem, tym większe ryzyko kolejnego poronienia, prawdopodobnie ze względu na większe ryzyko trwałej patologii matki niż sporadycznej aneuploidii.

Stwierdzono również, że potwierdzenie aneuploidii w ciąży poronionej daje lepsze rokowanie dla kolejnej ciąży.

Analizę cytogenetyczną należy zaproponować w przypadku trzeciego i kolejnych poronień w pierwszym trymestrze i w każdej ciąży w przypadku poronienia w drugi trymestrze.

W poronieniach nawracających badanie kariotypu u rodziców powinno być wykonane, gdy wykazano nieprawidłowości chromosomalne w badanych materiałach poronnych.

W przypadku wykrycia nieprawidłowości kariotypu u rodziców niezbędna jest konsultacja genetyka.

3. Czynniki anatomiczne

- *Wrodzone wady macicy*

Częstość występowania wrodzonych anomalii macicy wydaje się być większa niż wcześniej sądzono, dzięki udoskonalonym metodom obrazowania diagnostycznego. W przeglądzie systematycznym i metaanalizie oszacowano, że częstość występowania wynosi 5,5% u niewyselekcjonowanych kobiet, 8,0% u kobiet niepełnych, 13,3% u kobiet z poronieniami nawracającymi i 24,5% u kobiet z niepełnością i poronieniami. Najczęstszymi anomaliami we wszystkich populacjach wydają się być wady kanalizacji (tj. odmiana przegrodowa), po których następują wady unifikacji (tj. odmiana dwurożna i jednorożna). Ryzyko sporadycznego poronienia w drugim trymestrze ciąży nie było znacząco zwiększone u kobiet z macicą dwurożną i macicą podwójną w porównaniu z grupą kontrolną o prawidłowym przebiegu. Jednakże u kobiet z macicą łukowatą i przegrodzoną ryzyko sporadycznego poronienia w drugim trymestrze było znacznie zwiększone w porównaniu z grupą kontrolną.

- *Nabyte anomalie macicy*

Dostępne są ograniczone perspektywne dane kliniczno-kontrolne oceniające związek między nabytymi wadami macicy, a sporadycznymi lub nawracającymi poronieniami.

- *Mięśniaki*

W dużej metaanalizie ogólnej populacji położniczej z mięśniakami nie stwierdzono wzrostu ryzyka poronienia. Jednak nie opierała się ona na rozróżnieniu między mięśniakami podśluzówkowymi, śródściennymi i podsurowicówkowymi. Analiza danych zebranych perspektywnie w populacji osób z poronieniami nawracającymi wykazała, że częstość występowania mięśniaków jest podobna do obserwowanej w populacji ogólnej. Jednakże w badaniu dotyczącym poronień nawracających stwierdzono, że u kobiet z mięśniakami podśluzówkowymi i śródściennymi/podsurowicówkowymi częściej występowały poronienia w drugim trymestrze ciąży w porównaniu z kobietami z niewyjaśnionymi poronieniami nawracającymi. U kobiet z mięśniakami podśluzówkowymi poddawanych resekcji zaobserwowano znaczną redukcję częstości poronień w drugim trymestrze ciąży (jednak w badaniu brakowało grupy kontrolnej). W tym samym badaniu kobiety z mięśniakami śródściennymi/podsurowicówkowymi nie były poddawane operacji i charakteryzowały się podobnym wskaźnikiem urodzeń żywych w porównaniu z grupą kobiet, u których wystąpiły niewyjaśnione poronienia nawracające w kolejnej ciąży.

- *Polipy endometrialne*

Według naszej wiedzy nie ma danych szczegółowo oceniających wpływ polipów na poronienia sporadyczne lub nawracające. Dlatego rozsądne wydaje się zalecenie postępowania podobnego do postępowania w populacji ogólnej.

- *Zrosty wewnątrzmaciczne*

Istnieje wiarygodny związek między zrostami wewnątrzmacicznym, a poronieniem, chociaż obecnie nie posiadamy na to wystarczających dowodów naukowych. Obejmuje on:

- zwężenie jamy macicy spowodowane zrostami
- brak wystarczającej ilości prawidłowej tkanki endometrium do wspomagania implantacji i rozwoju łożyska
- wadliwe unaczynienie resztkowej tkanki endometrium w wyniku zwłóknienia endometrium.

Przegląd systematyczny i metaanaliza wykazały, że częstość występowania zrostów wewnątrzmacicznych wzrasta wraz z liczbą przebytych poronień oraz liczbą wcześniejszych zabiegów rozszerzania kanału szyjki i wyłyżeczkowania jamy macicy. Ma to poważne konsekwencje dla kobiet z

poronieniami nawracającymi, które są narażone na ryzyko zabiegowego leczenia poronienia. Badania na małych grupach kohortowych sugerują, że u kobiet ze zrostami wewnątrzmacicznym i grubością endometrium mniejszą niż 5 mm ryzyko poronień sporadycznych jest wyższe w porównaniu z kobietami, u których grubość endometrium przekracza 5 mm.

- *Niewydolność szyjki macicy*

Niewydolność szyjki macicy, wraz z infekcjami i wrodzonymi wadami macicy wydają się być głównymi czynnikami powodującymi poronienia w drugim trymestrze ciąży. Prawdziwa częstość występowania niewydolności szyjki macicy pozostaje nieznana, ponieważ rozpoznanie ma charakter kliniczny. Rozpoznanie zwykle stawia się na podstawie wywiadu po poronieniu w drugim trymestrze ciąży, podczas którego często występowało bezbolesne rozwarcie szyjki macicy, z często nienaruszonymi błonami płodowymi, aż do urodzenia płodu i żywego płodu. Ekstrapolując dane dotyczące skrajnie przedwczesnego porodu, można stwierdzić, że wcześniejsza konizacja szyjki macicy lub krótka szyjka macicy w badaniu ultrasonograficznym wydają się znacząco predysponować do poronienia w drugim trymestrze ciąży. Kobiетom z nawracającymi poronieniami należy zaoferować ocenę wad macicy najlepiej z użyciem USG 3D. Najdokładniejszymi metodami diagnozowania wrodzonych wad macicy są: USG 3D, USG z wlewem soli fizjologicznej, histerosalpingografia i USG 2D. MRI ma co najmniej podobną dokładność w porównaniu z USG 3D, jeśli jest oceniane przez ekspertów w tej dziedzinie (tj. radiologa / specjalisty z wiedzą z zakresu obrazowania ginekologicznego). W oparciu o te ustalenia, dostępność i stosunkowo niski koszt badania, ultrasonografię 3D zaleca się jako pierwszą linię diagnostyki wad wrodzonych, zastrzegając MRI i ocenę endoskopową dla złożonych anomalii, gdy nie można postawić diagnozy za pomocą ultrasonografii 3D.

- *Układ dokrewny*

Układowe zaburzenia endokrynologiczne u matki, takie jak cukrzyca i choroby tarczycy, są powiązane z występowaniem poronień. Kobiety chore na cukrzycę, u których w pierwszym trymestrze występuje wysoki poziom hemoglobiny A1c, są narażone na ryzyko poronienia i wad rozwojowych płodu. Jednakże, dobrze kontrolowana cukrzyca, jak również dysfunkcja tarczycy niewymagająca leczenia, nie są czynnikami ryzyka poronień nawracających. Częstość występowania cukrzycy i dysfunkcji tarczycy u kobiet, u których wystąpiły poronienia nawracające, wydaje się podobna do częstości obserwowanej w populacji ogólnej.

W małym badaniu obserwacyjnym z udziałem kobiet z nawracającymi poronieniami wykazano zwiększenie częstości występowania subklinicznej niedoczynności tarczycy (w tym przypadku definiowanej jako TSH powyżej 2,5 mIU/l), część badań dotyczących sporadycznych poronień również sugerują takie powiązanie. Z dwóch przeglądów systematycznych i metaanaliz wynika, że obecność przeciwciał tarczycowych wiąże się ze zwiększonym ryzykiem poronienia nawrotowego. Kobiетom z nawracającymi poronieniami powinno się zaproponować badania czynności tarczycy i ocenę przeciwciał przeciwko peroksydazie tarczycowej (anty-TPO).

Zespół policystycznych jajników (PCOS) powiązany ze zwiększonym ryzykiem poronienia, ale dokładny mechanizm pozostaje niejasny. Zespół policystycznych jajników, podwyższony poziom hormonu luteinizującego w surowicy lub podwyższony poziom testosteronu w surowicy nie wydają się powodować zwiększonego ryzyka utraty ciąży w przyszłości u kobiet z owulacją, u których w przeszłości występowały poronienia nawracające, a które zaszły w ciążę samoistnie. Zwiększone ryzyko poronienia u kobiet z PCOS przypisuje się jednak insulinooporności, hiperinsulinemii i hiperandrogenemii. Wydaje się, że częstość występowania insulinooporności i nieprawidłowego wyniku testu obciążenia glukozą jest większa u kobiet z poronieniami nawracającymi w porównaniu z

grupą kontrolną. Podwyższony wskaźnik wolnych androgenów wydaje się być czynnikiem prognostycznym w przypadku kolejnego poronienia u kobiet z poronieniami nawracającymi.

Brak równowagi prolaktyny jest powiązany z nawracającymi poronieniami.

4. Czynniki immunologiczne

- *Układ obwodowy*

Przegląd systematyczny i metaanaliza wykazała zwiększone ryzyko poronienia nawracającego u matek noszących allel HLA-DRB1*4, HLA-DRB1*15 lub HLA-E*01:01 oraz zmniejszone ryzyko w przypadku HLA -DRB1*13 lub HLA-DRB1*14. Brak równowagi w cytokinach Th1/Th2 powiązano z niekorzystnymi wynikami ciąży, w tym nawracającymi poronieniami. Metaanaliza przeprowadzona w 2008 roku wykazała, że dostępne dane nie potwierdzają więcej niż umiarkowanego związku między polimorfizmami cytokin a poronieniami nawracającymi. Metaanaliza badań wykazała, że kobiety z poronieniami nawracającymi w porównaniu z grupą kontrolną miały wyższy odsetek obwodowych komórek NK oraz wyższą liczbę obwodowych komórek NK.

- *Maciczna*

W kilku badaniach wykazano, że w okresie implantacji wzrasta ilość komórek NK macicznych w endometrium. Metaanaliza przeprowadzona w 2014 roku nie wykazała istotnej różnicy pomiędzy kobietami z poronieniami nawracającymi a grupą kontrolną w zakresie ilości macicznych komórek NK.

Bakteryjne zapalenie pochwy w pierwszym trymestrze ciąży może być czynnikiem ryzyka poronienia i porodu przedwczesnego. Przewlekłe zapalenie błony śluzowej macicy jest również powiązane z poronieniami nawracającymi, chociaż kryteria diagnostyczne pozostają kontrowersyjne.

Kobietom, u których wystąpiły poronienia nawracające, nie należy rutynowo proponować badań immunologicznych (takich jak badanie HLA, badanie cytokin i komórek NK) oprócz badań naukowych.

Kobietom z poronieniami nawracającymi nie należy rutynowo oferować badań przesiewowych w kierunku infekcji oprócz badań naukowych.

Prospektywne badania obserwacyjne sugerują wyższy odsetek kolejnych poronień u kobiet z poronieniami nawracającymi i nieleczonym przewlekłym zapaleniem endometrium w porównaniu z kobietami bez zapalenia endometrium lub leczonym zapaleniem endometrium.

5. Czynniki męski

Część badań wykazała, że niektóre parametry nasienia (takie jak żywotność, prawidłowa morfologia, całkowita postępująca ruchliwość, obrzęk hipoosmotyczny, stan akrosomalny i dekondensacja chromatyny jądrowej) są niższe u mężczyzn wśród par doświadczających poronień nawracających w porównaniu z grupą kontrolną. Nie wykazano jednoznacznie zwiększonego poziomu przeciwciał przeciwko plemnikom u kobiet i mężczyzn z poronieniami nawracającymi. Dane są bardziej spójne w odniesieniu do związku między nieprawidłowymi parametrami DNA plemników, takimi jak fragmentacja DNA plemników, dekondensacja chromatyny jądrowej oraz aneuploidia plemników i poronienie. Jednak obecnie dostępne są ograniczone badania oceniające interwencje, które mogą mieć wpływ na fragmentację DNA plemników, takie jak modyfikacja stylu życia (zaprzestanie palenia, utrata masy ciała/ćwiczenia, zmniejszenie narażenia na zanieczyszczenia), leczenie infekcji, kontrola cukrzycy, leczenie żylaków powrózka nasiennego, terapia antyoksydacyjna, selekcja plemników i inne.

Parom, u których występują poronienia nawracające, nie należy rutynowo oferować badania DNA nasienia oprócz badań naukowych.

Chociaż wydaje się, że istnieje związek między fragmentacją DNA plemnika a poronieniem, brakuje prospektywnych badań oceniających odpowiednie interwencje u par z poronieniami nawracającymi.

Jednakże zebranie szczegółowego wywiadu od partnera płci męskiej w celu ustalenia czynników ryzyka złej jakości nasienia oraz badanie przesiewowe pod kątem fragmentacji DNA w odpowiednim kontekście badawczym może pomóc w wyjaśnieniu, czy i w jaki sposób informacje te mogą być przydatne w poradnictwie dla pacjentów i kierowaniu postępowaniem klinicznym.

Zalecenia dotyczące leczenia poronień nawracających w pierwszym i drugim trymestrze ciąży

- Modyfikacje stylu życia

Kobietom po poronieniu nawracającym należy zalecić utrzymywanie BMI w zakresie od 19 kg/m² do 25 kg/m², zaprzestanie palenia tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu i ograniczenie kofeiny do mniej niż 200 mg/dzień.

- Trombofilie

Nabyta

Kobietom z APS należy podawać aspirynę i heparynę (heparynę niefrakcjonowaną [UFH] lub LMWH) (np. 75 mg aspiryny doustnie i 40 mg enoksaparyny podskórnice od pozytywnego testu ciążowego do co najmniej 34 tygodnia ciąży). Lekarze i kobiety powinni mieć świadomość, że leczenie heparyną, szczególnie UFH, wiąże się z pewnym ryzykiem.

Nie należy podawać aspiryny i/lub heparyny kobietom, u których występują niewyjaśnione poronienia nawracające.

Wrodzona

Brakuje dowodów potwierdzających rutynowe leczenie kobiet z czynnikiem V Leiden, niedoborem białka S i mutacją genu protrombiny w celu zmniejszenia częstości występowania poronień nawracających lub utraty drugiego trymestru ciąży.

Decyzja o leczeniu kobiety, u której wystąpiły poronienia nawracające lub utrata w drugim trymestrze ciąży, powinna być podjęta indywidualnie i może obejmować dyskusję z kobietą, biorąc pod uwagę dodatkowe czynniki ryzyka, takie jak ryzyko zakrzepicy u matki lub dowody wcześniejszej zakrzepicy łożyska.

- Czynniki genetyczne

Opcje dla par z rearanżacjami chromosomowymi obejmują próbę dalszego naturalnego poczęcia, PGT-SR lub dawstwo gamet.

Obecnie nie ma wystarczających danych uzasadniających rutynowe stosowanie PGT-A u par, u których występują niewyjaśnione poronienia nawracające, a leczenie może wiązać się ze znacznymi kosztami i potencjalnym ryzykiem.

- Czynniki anatomiczne

Wrodzone anomalie macicy

U kobiet z nawracającymi poronieniami w pierwszym lub drugim trymestrze ciąży należy rozważyć resekcję przegrody macicy, najlepiej w ośrodku specjalistycznym.

Nabyte anomalie macicy

Brakuje jednoznacznych dowodów wskazujących odpowiedni sposób postępowania w przypadku nabytych nieprawidłowości budowy macicy związanych z poronieniami nawracającymi; poradnictwo i wybór opcji wyczekującej lub chirurgicznej powinny być zindywidualizowane.

Niewydolność szyjki macicy

Leczenie podejrzenia niewydolności szyjki macicy opisano w wytycznych NICE- Poród przedwczesny i poród zagrażający

- Czynniki endokrynologiczne

Suplementacja tyroksyny nie jest rutynowo zalecana kobietom z eutyreozą i obecnością anty-TPO, które przeżyły poronienie.

Suplementację tyroksyną można rozważyć u kobiet z umiarkowaną niedoczynnością tarczycy (TSH powyżej 4 mIU/l), ale nie jest ona rutynowo zalecana u kobiet z łagodną dysfunkcją tarczycy (TSH powyżej 2,5 mIU/l) niezależnie od statusu anty-TPO.

W przypadku anty-TPO i/lub niedoczynności tarczycy zaleca się regularne oznaczanie TSH od 7.–9. tygodnia ciąży.

Należy rozważyć suplementację progestagenem u kobiet z poronieniami nawracającymi, u których wystąpiło krwawienie we wczesnej ciąży (na przykład 400 mg mikronizowanego progesteronu dopochwowego dwa razy na dobę w momencie krwawienia do 16 tygodnia ciąży).

Należy zachować ostrożność podczas rutynowej suplementacji u kobiet bezobjawowych i z niewyjaśnionymi poronieniami nawracającymi.

- Czynniki immunologiczne

Immunoterapia (np. szczepienie komórkami ojca, leukocyty dawcy pochodzącego od strony trzeciej, błony trofoblastów i dożylna immunoglobulina [IVIg]) nie jest zalecana u kobiet z poronieniami nawracającymi.

- Czynniki męski

Nie ma dowodów na rekomendację leczenia czynnika męskiego.

- Niewyjaśnione poronienie nawracające

Scratching endometrium

Nie zaleca się scratchingu endometrium u kobiet z poronieniami nawracającymi.

Wsparcie psychologiczne

Kobietom, u których wystąpiły niewyjaśnione poronienia nawracające, należy zapewnić opiekę psychologiczną, najlepiej w ramach specjalistycznej kliniki zajmującej się poronieniami nawracającymi.

