

# PUERPERIUM (LOHUSALIK)

Pelin ÖCAL\*, Onur GÜRALP\*

## PUERPERIUM (LOHUSALIK)

### 1-Tanım ve Doğum Sonrası Fizyolojik Değişiklikler

Puerperium, doğumdan sonraki 6 haftalık dönemi kapsar. Bu dönemde gebelik, travay ve doğum sırasında oluşan yapısal ve fonksiyonel değişiklikler gebelik öncesindeki duruma döner. Puerperal dönemde en belirgin hacimsel değişiklik uterusu meydana gelir. Miadındaki gebe uterusu fetüs ve ekleri hariç yaklaşık 1000 gr'dır. Altı hafta sonunda ise uterus 50-100 gr'lık gebelik öncesi haline dönmektedir. Doğumdan hemen sonra uterus umblikus seviyesinde iken doğumdan iki hafta sonra genellikle gerçek pelvis içine inmektedir. Endometriyum hızla kendini yenileyerek 3 hafta gibi kısa bir süre içinde plasentanın yapıştığı bölge hariç tüm kaviteyi kaplar. Plasentanın yapıştığı bölge doğumdan hemen sonra uterus kasılmasıyla yarı yarıya küçülür. Doğum sonrası loşi olarak ifade edilen fizyolojik akıntı plasentanın yapıştığı bu bölgeden kaynaklanır. Önce kırmızı renkli olan bu akıntı daha sonra sırasıyla kahverengi ve beyaz renkte kendini gösterir. Loşi her kadında farklı olmakla birlikte yaklaşık 6 hafta süreyle devam eder. Serviks, doğum sonrası 1. haftada 1-2 cm'lik açıklığa geriler. Spekulum ile yapılan servikal incelemede gebelik öncesi nokta şeklinde görülen internal os, gebelik sonrası çizgi şeklini alır. Vagina da tıpkı servikte olduğu gibi gebelik öncesi haline tam olarak dönemez. Perine doğum sırasında bir miktar esnemekte, pelvis tabanını oluşturan kaslar bu durumdan en çok etkilenmektedir. Ayrıca cerrahi ve cerrahi olmayan yırtılmalar sonucu fonksiyon kaybı meydana gelebilmektedir. Sorunsuz bir doğum sonrası yine yaklaşık 6 haftalık süre sonunda kas tonusu yeniden sağlanmaktadır. Puerperium döneminde abdomen duvarının tonusu da eski haline dönmektedir. Abdominal kasların eski gücüne kavuşmasında şüphesiz egzersizin önemli rolü bulunmaktadır. Doğum sonrası overlerin fonksiyonu büyük oranda annenin emzirip emzirmemesine bağlıdır. Emziren annelerde anovulatuvar dönem daha uzundur. Emzirmeyen bir annede ovulasyon 1 ay gibi kısa bir sürede geri dönerken, emziren bir annede bu süre 12 haftaya kadar uzayabilir. Doğum sonrası ilk 2-4 günde memeden salgılanan proteinden zengin süte kolostrum adı verilir. Sütün içeriği doğumdan sonra emzirme döneminin sonuna kadar bebeğin ihtiyaçları doğrultusunda değişiklikler gösterir.

### 2-Doğum sonrası bakım

Doğum sonrası erken dönemde hastanın kanama, enfeksiyon, emboli, oligüri ve doğum ve ameliyata bağlı meydana gelebilecek diğer komplikasyonlar açısından hastanede takip edilmesi, ayrıca bu süre zarfında bebeğin temel bakımı hakkında bilgilendirilmesi büyük önem taşır. Normal doğum sonrası 2 gün, sezaryen sonrası 3-5 gün hastanın hastanede takip edilmesi yerinde olur.

Gestasyonel diyabet, preeklampsi, Rh uyumsuzluğu gibi sık karşılaşılan durumlarda ilgili tedavi uygulanmalıdır.

Vaginal doğum sonrası ateş, nabız, kan basıncı takibi, uterus involüsyonunun takibi, varsa epizyotomi veya laserasyon olan bölgenin bakımı yapılmalıdır. Yara yerine soğuk uygulama, antiseptik solüsyonlarla temizlik, ağrı kesiciler bu dönemde kullanılmalıdır. Rutin enfeksiyon profilaksisi yapılmasına gerek yoktur. Doğum sonrası epizyotomi hattı mutlaka hematoma oluşumu açısından muayene edilmelidir. Hafif bir kanamayı durdurmak amacıyla vaginal tampon kullanılabilir, ancak enfeksiyon oluşumunu önlemek için tampon sık değiştirilmeli, hasta taburcu edilirken tampon çekilmelidir. Hasta 7-10 gün sonra kontrole çağırılmalı, yara yeri tekrar kontrol edilmelidir. Sezaryen sonrası bakımda normal doğuma ek olarak, ameliyata bağlı meydana gelebilecek anesteziye bağlı komplikasyonlar, atelektazi, batin içine veya Scarpa fasyasının altındaki boşluğa kanama, üreter, mesane, barsak gibi çevre dokuların yaralanmasına bağlı komplikasyonlar, ileus gibi durumlara karşı dikkatli olunmalıdır. Sezaryenle doğum sonrasında ağrı, perineden çok insizyon bölgesindedir. Sezaryen sonrası uterus kontraksiyonu oksitosin (Synpitan® amp 5 ünite, 1x4 1000 cc izotonik içinde IV), metilergonovin (Metiler® draje 0.125 mg 3x1 oral, Metiler® amp 0.2mg/ml 2x1 IM, Meterjin® draje 0.125 mg 3x1 oral), misoprostol (PGE1) (Cytotec® tb 200mcg 1x2 rektal) gibi ilaçlarla desteklenmelidir. Rutin enfeksiyon profilaksisi uygulanmalıdır. Ateş, nabız, kan basıncı, idrar çıkışı, barsak sesleri, uterus involüsyonu takip edilmelidir. Yara yerine 2-3. günden itibaren günlük düzenli pansuman yapılmalıdır. Cilt altında serohemorajik veya pürülan sıvı toplanması halinde bu sıvı boşaltılarak, kültür için örnek alınmalı, streptokok, stafilocok gibi olası etkenlere karşı ampirik antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır (Amoksisillin –

\* İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Klavulanik asit 1 gr tb 2x1: Amoklavın®, Augmentin®, Bioment®, Klamoks®, Klavupen®, Klavunat®; Cefuroxi-me axetyl 500 gr 2x1: Aksef®, Cefaks®, Enfexia®, Ora-ceftin®, Sefaktıl®, Sefuroks®, Zinnat®).

Dirençli olgularda kültür sonucuna göre antibiyotik tedavisi yeniden düzenlenmelidir.

Ölü doğum, doğum sonrası erken dönemde bebek ölümü, 16 haftadan büyük gebeliklerde tıbbi tahliye gibi annenin süt vermesinin önlenmesi gereken durumlarda bromokriptin (Parlodel® tb 2,5 mg 1x1, Gynodel® tb 2,5 mg 1x1, Galaktomin tb 2,5 mg 1x1) veya kabergolin (Dostinex® tb 0,5 mg, 1x2) gibi prolaktin üretimini azaltacak bir ajan kullanılmalı, ayrıca soğuk uygulama, sıkı bandaj ve analjezi uygulanmalıdır. Doğum sonrası yeterince emzirmeyen kadınlarda meme dokusunda ağrı, hassasiyet, şişlik, ısı artışı gibi angorjman bulguları ortaya çıkabilir. Doğum sonrası kontraseptif yöntemler hakkında hasta bilgilendirilmeli ve lohusalık döneminden sonra yöntemini seçip uygulamalıdır. Doğumdan hemen sonra rahim içi araç (RIA) yerleştirilmesi, doğumdan bir ay sonra RIA yerleştirilmesi, emziren annelerde sadece progesteron içeren doğum kontrol hapları ve emzirmeyen annelerde klasik oral kontraseptiflerin kullanımı önerilir. Çiftin tekrar çocuk isteği yoksa ve kadın tüplerini bağlatmak istiyorsa vaginal doğumun ertesi günü veya sezaryen esnasında tüp ligasyonu yapılabilir. Gene anne için riskli gebelik söz konusu ve yeterli sayıda çocukları varsa sezaryen öncesi mutlaka tüp ligasyonu önerilmelidir. Lohusalık döneminden sonra laparoskopik tüp ligasyonu seçeneği hakkında bilgi verilmelidir.

### 3-Doğum sonrası kanama

Doğum sonrası kanama, doğumun 3. evresi sırasında veya sonrasında meydana gelen, hematokrit değerinde %10'luk azalmaya neden olan kanamadır. Vaginal doğum sonrası görülme sıklığı yaklaşık %3,9, sezaryen sonrası ise %6,4'tür. İlk 6 saat içinde oluşan kanama genellikle atoniye bağlıdır, diğer nedenler arasında konsepsiyon ürünlerinin atılamaması, uterin rüptür, uterin inversiyon, plasenta yapışma anomalileri, alt genital sistemde meydana gelebilecek laserasyonlar ve koagülopati sayılabilir. En sık doğumdan 1-2 hafta sonra olmak üzere, doğumdan günler sonra başlayan kanamalarda konsepsiyon ürünlerinin retansiyonu, enfeksiyon ve uterusun subinvolüsyonu akla gelmelidir.

Erken ve geç döneme ait tüm bu kanama nedenleri arasında uterin atoni en önemlisidir. Çoğul gebelik, polihidramniyos, makrozomi, hızlı veya uzamış doğum, grand multiparite, hastaya oksitosin verilmesi, intraamniyotik enfeksiyon, uterusu gevşeten ajanların kullanımı gibi durumlar atoniye neden olabilir. Atonide klinik tablo: doğum sonrası devam eden parlak kırmızı vaginal kanama, uterus tonusunun gevşek olması, taşikardi, hipotansiyon, taşipne, seri ölçümlerde hematokrit ve hemoglobin değerlerinde düşme olarak özet-

lenebilir. Hastaya oksijen verilmeli, uterusu masaj yapılmalı, oksitosin (Synpitan®) infüzyonuna başlanmalı (1000 cc izotonik serum içine 10-40 ünite oksitosin), ultrasonografik görüntülemeye rest plasenta varsa, elle halas veya küretaj yapılmalıdır. Oksitosinin uterus kontraksiyonunu sağlamakta yetersiz kalması halinde karboprost (Hemabate® 250mcg 3x1), metilergonovin (Metiler® draje 0.125 mg 3x1 oral, Metiler® amp 0.2mg/ml 2x1 IM, Meterjin® draje 0.125 mg 3x1 oral) ve misoprostol (Cytotec® tb 200mcg 1x2 rektal) kullanılabilir. Farmakolojik tedavinin başarısız olduğu durumlarda uterin arter embolizasyonu, uterin arter veya hipogastrik arter ligasyonu ve en son çare olarak histerektomi uygulanabilir.

### 4-Puerperal Enfeksiyonlar

#### a-Doğum sonrası endometrit

Genellikle asendan yolla oluşan S.pyogenes, E.coli, K.pneumonia, Proteus türleri gibi birden çok enfeksiyon etkeninin rol oynadığı, tedavi edilmediği takdirde septik şok, pelvik abse, septik pelvik tromboflebit gibi hayatı tehdit eden durumlara yol açabilecek bir komplikasyondur. Doğum sonrası 1-2. günlerde ortaya çıkan endometrit genellikle A grubu streptokoklara bağlıken, 3-4. günlerde oluşan endometrit olgularında E.coli, 7. günden sonra ortaya çıkan endometrit olgularında ise C.trachomatis ön plandadır. Sezaryen sonrası endometrit olgularında ise en sık izole edilen bakteri türü Bacteroides'tir. Sezaryen sonrası endometrit gelişme riski %5-15 iken, normal doğum sonrası bu oran yaklaşık %1-3'tür. (1) Erken membran rüptürü, uzamış travay, elle halas gibi etkenler endometrit riskini artırır. Ateş, halsizlik, üşüme-titreme, alt abdominal kadranda ağrı ve hassasiyet, kötü kokulu akıntı ve vaginal kanamada artış görülebilir. Doğum sonrası endometrit olgularında altın standart bir rejim yoktur. Gentamisin amp 2mg/kg/gün (Genmisin®, Genta®, Gentamed®, Genthaver®, Gentreks®, Getamisin®) ve klindamisin kapsül 4x150-300 mg veya amp 300 mg 3x1 (Cleocin®, Clin®, Klindan®, Klindaver®, Klinoksin®, Klitopsin®, Meneklin®) kombinasyonu olguların %90'ında etkilidir. Sezaryen sonrası endometritin sık görülmesi nedeniyle hemen ameliyat sonrasında sefazolin amp 1gr tek doz veya 2x1 (Cefamezin®, Cefozin®, Cezol®, Eqizolin®, İespor®, Maksiporin®, Sefamax®, Sefazol®), sefotetan 1 gr flk IV/IM tek doz veya 2x1 (Cefotan®) gibi bir ajanla profilaksi yapılmaktadır. (2)

#### b-Doğum sonrası idrar yolu enfeksiyonu

Doğum sonrası idrar yolu enfeksiyonu açısından risk faktörleri arasında sezaryen, müdahaleli doğum, tokoliz, doğum indüksiyonu, maternal böbrek hastalığı, preeklampsi, epidural anestezi ve mesane sondası uygulanması sayılabilir. En sık etkenler, E.coli, grup B streptokoklar, S.saprophyticus, E.faecalis'tir. Hastalık asemptomatik seyredileceği gibi, sık idrara çıkma, sıkışma hissi, ağrılı idrar yapma, hematüri, suprapubik bölge veya batın alt kadranda

da ağrı ve hassasiyet görülebilir. Ateş yoktur. Tam idrar tahlili, idrar kültürü, tam kan sayımı gibi tetkikler istenerek, ampirik olarak amoksisilin 1 gr tb (Alfoxil®, Amoksina®, Amosin®, Atoksilin®, Demoksil®, Helipak®, Largopen®, Moksilin®, Remoxil®, Topramoxin®, Trimosin®, Trio®) gibi ajanlarla 7 gün süreyle tedavi uygulanmalıdır. Dirençli olgularda kültür sonucuna göre kemoterapötik ajan değiştirilebilir.

### c-Mastit

Meme dokusundaki gland yapılarının inflamasyonuna mastit adı verilir. Mastit oluşumunda sütün boşaltılmaması sonucu kanallarda birikmesi, meme ucundaki çatlaklar yoluyla deri florasının içeri girmesi rol oynar. Mastit olgularında süt miktarı azalır (3), sütün kimyasal bileşimi değişir (4), bakteri ve virusların anneden bebeğe vertikal geçiş riski artar. (5) Olguların yarısında sorumlu etken S.aureus'tur. (6) S.epidermidis, S.saprophyticus, S.viridans ve E.coli de etken olabilir. Doğum sonrası mastitin görülme sıklığı yaklaşık %3'tür. Ateş, üşüme-titreme, kas ağrıları, eritem, ısı artışı, şişme, memede hassasiyet ile karakterizedir. Tedavi edilmediği takdirde abse oluşabilir. Tedavide penisilin türevleri (örn. Ampisilin 1gr tb 4x1 Alfasilin®, Ampisina®, Azosilin®, Makrosilin®, Negopen®, Neosilin®, Penbisin®, Seskasilin®, Silina®), sefalosporinler (örn. Cefuroxime axetyl 500 gr 2x1: Aksef®, Cefaks®, Enfexia®, Oraceftin®, Sefaktil®, Sefuroks®, Zinnat®), eritromisin tb 500 mg 2x1 (Erimicin®, Eritro®, Eritrosif®) kullanılabilir. Antibiyotik tedavisi ile 48 saat içinde tablo geriler. Mastit olgularında emzirmeye devam edilir, buna karşılık meme absesi gelişen olgularda emzirmeye tablo gerileyinceye kadar ara verilmelidir. Doğum sonrası mastit gelişmesini engellemek için erken ve sık emzirmesi, gerekli hallerde emzirme sonrası memenin yardımcı pompalar ile boşaltılması ve bu sayede stazın önlenmesi gerekir. (7)

### d-Yara yeri enfeksiyonu

Doğum sonrası yara yeri enfeksiyonları vaginal doğumlarda epizyotomi veya laserasyon bölgesinde ve sezaryen ile doğumlarda insizyon bölgesinde kızarıklık, şişlik, endürasyon, ısı artışı, hassasiyet ve pürülan akıntı ile ortaya çıkar. Ateş bu duruma eşlik edebilir veya etmeyebilir. Perine ve vaginadaki yara yeri enfeksiyonları loşinin enfekte olması, yaranın dışkı ile kontaminasyonu sonucu oluşabilir. Abdominal insizyonlarda gelişen enfeksiyonlarda S.aureus, Mycoplasma türleri sık izole edilen bakterilerdir. Hastada eşlik eden diyabet, hipertansiyon, obezite, kortikosteroid tedavisi, bağışıklık sisteminin baskılanması, hematoma gelişimi ve anemi gibi sistemik hastalıklar varlığında risk artar. Ayrıca, koryoamniyonit, uzamış eylem, uzamış erken membran rüptürü, ameliyat süresinin uzaması ve aşırı kan kaybı gibi obstetrik ve cerrahi etkenler de önemlidir. Tedavi edilmediği takdirde yaranın ayrılması, nekrotizan fasiitis ve sepsis gelişebilir. Yara yeri enfeksiyonunun tedavi

sinde biriken serohemorajik veya pürülan eksudanın drenajı, antibiyotik tedavisi, düzenli pansuman yapılmalıdır.

### e-Septik pelvik tromboflebit

Tanım olarak, ateş ile birlikte görülen, antibiyotik tedavisine cevap vermeyen trombüs oluşumunun eşlik ettiği venöz inflamasyondur. Gebelikte tromboz eğilimi artmaktadır. (8) Endometriyuma bulaşan bakteriler, venöz dolaşıma geçtikleri takdirde endotele hasar vererek trombüs oluşumuna neden olabilir. Trombüs, bakterilerin çoğalması için uygun bir ortam oluşturur. Endometriyumun üst yarısı enfekte ise ovaryen venler, alt yarısı tutulmuşsa vena cava veya sol renal ven tutulabilir. Ovaryen ven tutulumu gelişen olguların %80-90'ında sağ taraf tutulur. (9) Septik pelvik tromboflebit sezaryen sonrası 1/800 oranında gelişirken, normal doğum sonrası 1/9000 oranında gelişmektedir. Genellikle alt kadranda ağrı mevcuttur, uyluğa, kalçaya veya batin üst kadrana yayılım gösterebilir. Ateş, bulantı, kusma görülebilir. (10)

Fizik muayenede uterusun tuba ile birleştiği bölgede ele gelen, hassas bir yapı olarak tespit edilebilir. Tam idrar tahlili, tam kan sayımı, idrar kültürü gibi tetkikler yapılmalıdır. Doppler ultrasonografi (sensitivite 55.6%, spesifite 41.2%), kontrastlı BT (sensitivite 77.8%, spesifite 62.5%), MR Anjiyografi (sensitivite 100%, spesifite 100%) tanıda kullanılabilir. (11) Ön tanı ve tedavi başarısını takipte BT ve USG önerilirken, kesin tanı için MR Anjiyografi önerilmektedir. (12) Tedavide heparin ve antibiyotikler kullanılmaktadır. (13) aPTT düzeyi normalin 2 katı süreye ulaşıncaya kadar heparin verilmelidir. Bu düzeye genellikle 24 saatte ulaşılabilir. Heparin (Heparine Sodium®, Liquemine®, Nevparin®) kullanımı 7-10 gün süreyle devam etmelidir. Antibiyotik tedavisinde gentamisin amp 2mg/kg/gün (Genmisin®, Genta®, Gentamed®, Genthaver®, Gentreks®, Getamisin®) ve klindamisin kapsül 4x150-300 mg veya amp 300 mg 3x1 (Cleocin®, Clin®, Klindan®, Klindaver®, Klinoksin®, Klitopsin®, Meneklin®) kombinasyonu kullanılabilir.

### 5-Doğum sonrası endokrin bozukluklar

Doğum sonrası endokrin bozukluklar arasında postpartum tiroidit, Sheehan sendromu, doğum sonrası Graves hastalığı üzerinde durulacaktır. Postpartum tiroidit doğum sonrası ilk 1 yıl içinde gelişen, tiroidin lenfositik infiltrasyonu ve tiroid otoantikörleriyle karakterize bir otoimmün hastalıktır. (14) Hastalığın iki dönemi vardır, önce tirotoksikoz, sonra hipotirodizm tablosu görülür. (15) Doğum sonrası Graves hastalığı TSH reseptörlerine karşı otoantikörler gelişmesi sonucu tiroid hormonu üretimini artırması ile karakterizedir. Doğum sonrası tiroid bozukluklarının tedavisinde amaç hastayı ötiroid durumda tutmaktır. Sheehan Sendromu iskemi, konjesyon ve hipofiz bezinin infarktı sonucu gelişen panhipopituitarizm tablosudur. Hastalarda amenore, laktasyonun azalması gibi jinekolojik bulguların

yanı sıra diğer hipofiz hormonlarının eksikliklerine bağlı yakınma ve bulgular ortaya çıkar. Bu sendromun tedavisi de hormon replasmanıdır.

### 6-Doğum sonrası psikiyatrik bozukluklar

Doğum sonrasında annede depresyon ve psikoz gibi duygudurum bozuklukları gelişebilir. Üzüntü, ağlama nöbetleri, duygulanım bozuklukları ve psikotik bulgular görülebilir. Genellikle organik nedenlere bağlı değildir. Organik nedenlerden östrojen progesteron düzeylerinde ani düşme, tiroid bozuklukları üzerinde durulmaktadır. Risk faktörleri arasında sosyal olarak annesi zor durumda bırakan ailesel nedenler, istenmeyen gebelik, eş tarafından yeterince ilgi gösterilmemesi, özgüven eksikliği, resmi nikah olmaması, ekonomik nedenler sayılabilir. Tedavi bir psikiyatrist tarafından yürütülmelidir.

### KAYNAKLAR:

1. Sweet RL, Ledger WJ: Puerperal infections morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 1973,117:1093-1100,.
2. Noyes N, Berkeley AS, Freedman K, Ledger W. Incidence of postpartum endomyometritis following single-dose antibiotic prophylaxis with either ampicillin/sulbactam, cefazolin, or cefotetan in high-risk cesarean section patients. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 1998;6(5):220-3.
3. WHO. Department of Child and Adolescent Health and Development. Mastitis: causes and management. Geneva: WHO/FCH/CAH/00, 2000.
4. Osterman KL, Rahm VA. Lactation mastitis: bacterial cultivation of breast milk, symptoms, treatment, and outcome. *J Hum Lact* 2000;16:297-302.
5. Michie CA, Gilmour JW. Breastfeeding and viral transmission: risks, benefits and treatments. *Arch Dis Child* 2001;84:381-2..
6. Riordan JM, Nichols FH. A descriptive study of lactation mastitis in long-term breastfeeding women. *J Hum Lact* 1990;6:53-8.
7. C Michie, F Lockie, W Lynn The challenge of mastitis *Arch Dis Child* 2003;88:818-821
8. Salomon O, Apter S, Shaham D, et al. Risk factors associated with postpartum ovarian vein thrombosis. *Thromb Haemost* 1999;82(3):1015-9.
9. Dunnihoo DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson WN. Postpartum ovarian vein thrombosis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:415-27.
10. Toland KC, Pelander WM, Mohr SJ. Postpartum ovarian vein thrombosis presenting as ureteral obstruction: a case report and review of the literature. *J Urol* 1993;149(6):1538-40.
11. Kubik-Huch RA, Hebisch G, Huch R, et al. Role of duplex colour Doppler ultrasound, computed tomography, and MR angiography in the diagnosis of septic puerperal ovarian vein thrombosis. *Abdom Imaging* 1999;24(1):85-91.
12. Simons GR, Piwnica-Worms DR, Goldhaber SZ. Ovarian vein thrombosis. *Am Heart J* 1993;126(3 Pt 1):641-7.
13. Clarke CS, Harlin SA. Puerperal ovarian vein thrombosis with extension into the inferior vena cava. *Am Surg* 1999;65(2):147-50.
14. Muller AF, Drexhage HA & Berghout A. Postpartum thyroiditis and autoimmune thyroiditis in women of childbearing age: recent insights and consequences for antenatal and postnatal care. *Endocrine Reviews* 2001 22 605-630.
15. Roti E, Uberti E. Post-partum thyroiditis--a clinical update. *Eur J Endocrinol*. 2002 Mar;146(3):275-9.