

Lehuzia fiziologică și infecțiile puerperale

Definiție: perioada de după naștere, în care organismul matern revine la stare premergătoare sarcinii. Aceasta începe imediat după perioada a-IV-a și durează 6-8 săptămâni.

Practic lehuzia se termină când organismul matern își reia ciclicitatea menstruală și ovulatorie. În timpul lehuziei, regresează modificările de sarcină apărute în toate sectoarele, cu excepția sânilor care continuă fenomenele productive.

Perioadele lehuziei:

Lehuzia cuprinde 3 perioade:

1. Lehuzia imediată (primele 24 de ore) definită prin efortul fizic și modificările metabolice induse de travaliu: somnolență, oboseală, bradicardie, transpirații profunde, poliurie, frison fiziologic și hipertermie ușoară. În această etapă pot fi prezente complicații ale preeclampsiei (convulsii, hematoame vaginale), sângerări tardive, retenție de urină (prin traumatism uretrovezical).

2. Lehuzia propriu-zisă caracterizată prin fenomenele de involuție rapidă ale uterului, care devine organ pelvin la sfârșitul perioadei. În această etapă pot apărea ascensiuni termice (instalarea lactației, infecții puerperale), revenirea la normal a diurezei și a tranzitului intestinal, colici uterine (la multipare), accidente tromboembolice.

3. Lehuzia tardivă cuprinde fenomenele involutive lente ale organismului matern pentru a reveni la starea pregestațională.

Modificările organelor genitale din perioada lehuziei:

Uterul cântărește 1000g după naștere, 500g după 7 zile, și 100g la sfârșitul lehuziei. El își păstrează poziția de anteflexie și anteversie, dar pot apărea modificări de poziție mai ales la multipare. Uterul se retractă după expulzia placentei, fundul uterin găsindu-se la nivelul ombilicului. Înălțimea fundului uterin scade cu 1-1,5cm/zi, astfel că în 10 zile el devine organ pelvin.

Involuția fundului uterin este consecința diminuării calibrului vaselor uterine, dispariția edemului interstițial și revenirea fibrelor musculare la dimensiunile normale. Zona de inserție placentară conține numeroase tromboze vasculare ce se repermeabilizează în timp și este acoperită de un strat de fibrină, celule deciduale, hematii și un bogat infiltrat polimorfonuclear ce constituie o barieră împotriva infecțiilor. Restul cavității uterine este lipsită de tromboze și acoperită numai de o parte din deciduă.

Regenerarea endometrului are loc după 45 de zile prin alunecarea endometrului din zonele vecine sau prin proliferarea bazalei denudate. Stratul superficial al deciduei se necrozează și se elimină sub formă de lohii, iar stratul bazal în care se află fundul glandelor uterine servește la regenerarea endometrului care are loc în 3 etape:

- **Faza de regresie (8-10 zile);**
- **Faza de cicatrizare (12-25 zile)** - acoperirea zonei denudate cu celule derivate din tubii glandulari;
- **Faza de proliferare (24-42 zile)** sub acțiunea estrogenilor, endometrul ia aspectul fazei proliferative a ciclului menstrual.

În ziua a-20-a postpartum apare mica menstruație, iar după 6 săptămâni femeia care nu alăptează reintră în bioritmul ciclic menstrual.

Colul uterin în prima zi de lehuzie este larg deschis, însă acesta involuează mai repede decât corpul uterin, își micșorează volumul prin reducerea edemului și dispariția vascularizației.

Orificiul intern permite introducerea a 2 degete după 2-3 zile, iar după 10-15 zile este închis

și secretă mucus. Orificiul extern își revine la normal la sfârșitul lehuziei și ia forma unei fante transversale.

Ovarele sunt amenoreice, durata medie de apariție a ovulației este de 70-75 de zile la femeile care nu alăptează și 190 de zile la cele care alăptează. Menstruația re apare la 12 săptămâni de la naștere la 70% dintre femeile care nu alăptează. Durata ciclurilor anovulatorii depinde de frecvența alăptatului la sân, durata fiecărui supt și proporția de alimentație suplimentară.

Vaginul, vulva și perineul

Vaginul își pierde parțial pliurile și columnele, iar uneori apare un colpocel anterior. Vulva este beantă în primele zile după naștere, edemul dispare și se cicatrizează eventualele rupturi. Efectele suprasolicitării vulvare sunt evidente la nivelul inelului himeneal a cărui ruptură determină apariția carunculilor mirtiformi.

Planșeul perineal își recapătă treptat tonicitatea, însă, uneori poate să apară sindromul Masters-Allen (ruptura foței posterioare a ligamentului larg) care duce la sindrom dureros pelvin, retroversie uterină,.

Modificări generale :

Tegumentele și mucoasele - dispare pigmentația de la nivelul feței, regiunii mamare și liniei albe, iar vergeturile se decolorează și devin sidefii. Glandele sudoripare au o secreție crescută în primele zile postpartum, ele persistă aproximativ 2 săptămâni.

Sistemul osteomuscular

Dispare treptat imbibitiia dureroasă de la nivelul articulațiilor bazinului și relaxarea simfizară, iar mușchii își recapătă tonusul și elasticitatea. La nivelul peretelui abdominal poate persista dehiscenta musculaturii abdominale care se corectează prin gimnastică medicală.

Aparatul cardiovascular

Debitul cardiac revine la normal la sfârșitul primei săptămâni, debitul cardiac și presiunea venoasă centrală cresc în primele ore postpartum apoi revin la normal după 2 săptămâni. Pulsul este bradicardic în primele 24 de ore, revine la normal după 2-3 zile. Tensiunea ușor crescută în timpul travaliului revine la valorile dinainte de sarcină, iar tahicardia apare în caz de anemie sau infecție.

Sistemul hematologic

Leucocitoza se menține crescută în prima săptămână, hemoglobina și hematocritul pot fi scăzute din cauza pierderilor de sânge din timpul nașterii. VSH-ul are valori ridicate, iar factorii de coagulare se mențin crescuți 10-12 zile.

Aparatul respirator

În sarcină apare dispneea prin ascensionarea diafragmului, aceasta dispare după naștere, respirația devenind una lentă și profundă.

Aparatul urinar

Lehuza prezintă poliurie în primele 2-3 zile postpartum din cauza eliminării surplusului de apă din sectorul interstițial. Urina lehuzelor care alăptează conține peptone și lactoză cu glicozurie crescută.

Aparatul digestiv

Hemoroizii crescuți în volum în timpul nașterii, scad treptat în prima săptămână. Constipația apare prin hipotonia intestinală care se menține și în perioada de lehuzie.

Sistemul endocrin suferă modificări radicale prin scăderea hormonilor placentari, creșterea secreției de prolactină și drenarea hipofizei. Gonadotropii revin la valorile inițiale. Estrogenii cresc de la sfârșitul primei săptămâni la femeile care nu alăptează, iar la cele care alăptează ajung la nivelul normal după 2 săptămâni.

Tiroida revine la normal la 12 săptămâni postpartum, există un risc crescut de apariție a tiroiditei autoimune urmată de hipotiroidism.

După naștere femeia este calmă și liniștită dar în următoarele săptămâni poate să apară labilitatea psihoafectivă manifestată prin plâns ușor și stare depresivă, datorită dezechilibrului hormonal.

Lactația reprezintă procesul prin care se realizează și se menține secreția lactată. Ea cuprinde următoarele etape: mamogeneza, lactogeneza și galactopoieza.

Mamogeneza reprezintă etapa pregătitoare a sânilor pentru nutriția nou-născutului. Ea se desfășoară în două etape: proliferativ, în prima jumătate a sarcinii, și secretor, în jumătatea a doua a sarcinii. Stadiul proliferativ cuprinde ramificarea puternică a ductelor intralobulare și formarea acinilor glandulari. Parenchimul crește prin neoformare de alveole și prin hipertrofia structurilor lobular-alveolare existente. Stadiul secretor cuprinde maturarea alveolară, iar în urma stimulării prolactinice epitelul devine unistratificat și secretă colostru.

Mamogeneza este dependentă de:

- Estrogeni pentru dezvoltarea sistemului canalicular;
- Progesteron pentru dezvoltarea alveolo-acinoasă;
- Prolactină, tiroxină, insulină;
- Corticosteroizi, hormon de creștere;
- Lactogen placentar, gonadotropină corionică.

Alăptarea la sân are următoare avantaje:

- Dezvoltarea emoțională și intelectuală a copilului;
- Involuția uterină și protecția împotriva cancerului mamar;
- Maturizarea sistemului imunitar al nou-născutului.

Lactogeneza se declanșează în zilele 2-5 postpartum și constă în fabricarea și depozitarea laptelui matern de către celulele epiteliale alveolo-acinoase. Colostrul este o secreție apoasă, galbenă și bogată în imunoglobuline, el conține mai multe minerale și proteine decât laptele matern și mai puține grăsimi și glucide.

Lactogeneza este susținută de mai mulți factori:

- Prolactină, progesteron, estrogeni, ocitocină;
- Cortizon, parathormon, tiroxină, insulină;
- Hormon de creștere și lactogen placentar;
- Sistemul limbic, cortex cerebral, hipotalamus.

Galactopoieza reprezintă excreția laptelui și întreținerea lactației. Reflexul de supt este principalul factor responsabil de menținerea lactației prin eliberarea de prolactină, ocitocină, hormon de creștere și hormon adrenocorticotrop.

Lactația este stimulată prin alăptare frecventă, supt viguros pentru golirea completă a sânilor, hiperprolactinemie teofilică (cafea, ceai), clorpromazină, acupunctură în zilele 3-5 postpartum.

Inhibarea lactației se face prin administrarea de estrogeni în cantități mari (inhibă formarea receptorilor de prolactină) sau agoniști ai dopaminei (Bromocriptină, Carbegolină) care inhibă secreția hipofizară de prolactină.

Lactația inhibă funcția ovariană reproductivă a femeii, prima menstruație și ovulație se produce în primele 6 săptămâni postpartum la 40% dintre femei, și la 5% dintre cele care alăptează. Deși 70% din cicluri indică o insuficiență ovariană prin descărcare scăzută de LH, este necesară o contracepție sigură chiar și la mamele care alăptează.

Principalele elemente clinice în perioada lehuziei:

- TA, pulsul, temperatura;
- Involuția uterului, aspectul lohiilor;
- Aspectul sânilor, diureza, tranzitul intestinal;
- Aspectul cicatricilor vulvare și perineale;
- Psihicul mamei și stare nou născutului.

Cele mai importante aspecte clinice sunt involuția uterului și caracterul lohiilor care marchează evoluția fiziologică sau patologică a lehuziei.

Înălțimea uterului scade zilnic cu 1,5 cm și ajunge la dimensiunile normale la 5-6 săptămâni postpartum. În ziua a-2-a ajunge la nivelul ombilicului, la jumătatea distanței pubo-ombilicale în ziua a-6-a și la simfiza pubiană în ziua a-12-a.

Lohiile sunt sanguinolente în primele 3 zile, sero-sanguinolente în următoarele 3 zile, apoi seroase și albe după 14 zile de la naștere. Mirosul lohiilor este fad, iar cantitatea lor scade de la 50g/zi în primele zile, la 15-20g/zi. Culoarea, cantitatea și mirosul lohiilor sunt elemente după care se pot aprecia procesele fiziologice sau patologice.

Alăptarea trebuie să fie precoce, în primele 12 ore de la naștere și să respecte următoarele reguli:

- Alăptatul la 4 ore, timp de 10 minute pentru fiecare sân;
- Poziția șezândă a mamei în timpul suptului;
- Spălarea mamelonului înainte și după fiecare supt.

Angorjarea sânelui poate fi tratată cu oxiton, analgezice și aplicații de comprese reci.

Ragadele mamelonare impun întreruperea alăptării la sânul respectiv pentru cel puțin 24 de ore, golirea sânelui prin muls, administrarea unguentelor trofice și antibiotice în pomezi.

Trebuie evitate substanțele care trec prin lăpe:

- Antibiotice (tetraciclină, cloramfenicol, metronidazol);
- Radioizotopii folosiți în scop diagnostic;
- Chimioterapicele (metotrexat, cytoxan, endoxan);
- Psihotropele, antidepresivele, antipsihoticele;
- Amfetaminele, nicotina, cocaina, marijuana, heroina.

Alăptarea este contraindicată în caz de transplant al mamelonului, infecție cu CMV, herpes simplex, HVB (replicativă), HIV, boli materne grave (anemie, psihoze, nefropatii severe, TBC evolutiv).

Conduita în lehuzie:

Regiunea vulvo-vaginală se spală cu soluții antiseptice după care se aplică un pansament curat. Este obligatorie mobilizarea precoce, în primele 24 de ore, pentru prevenirea bolii tromboembolice, constipația. Externarea se face în ziua 3-4 de la naștere, dacă nu apar complicații puerperale, iar nou-născutul are o greutate peste 2500g și este sănătos.

Infecțiile puerperale

Definiție: Infecția puerperală este termenul general folosit pentru a descrie orice infecție bacteriană a tractului genital în perioada lehzuziei. Aceste infecții alături de preeclampsie și hemoragia de cauză obstetricală formează triada letală pentru decesul matern. În primele 24 de ore doar 21% au infecții puerperale după nașterea vaginală, față de 72% dintre cele cu naștere prin cezariană.

Cauzele de febră puerperală:

- Complicații respiratorii (atelectazia, pneumonia de aspirație și pneumonia bacteriană);
- Pielonefrita;
- Angorjarea sânilor, mastita bacteriană;
- Tromboflebita și abcesul pelvin.

Clasificare:

- Infecții limitate: căi joase genitale, uterine și ale plăgii operatorii;
- Infecții propagate : anexite, celulite, tromboflebite și peritonite;
- Infecții generalizate: sepsis, sepsis sever și șoc septic;
- Infecții speciale: corioamniotită, infecții urinare și mamare.

Clasificare în infecții precoce sau tardive, ia în considerare momentul apariției infecției, care este legat de virulența germenilor. Infecțiile precoce apar înainte de 48 de ore, pe fondul unei infecții preexistente, de exemplu o corioamniotită, iar infecțiile tardive apar după 3 zile, se dezvoltă mai lent și au un prognostic mai bun (infecția epiziotomiei, endometrita, abcesul pelvin)

Factori determinanți :

- germeni aerobi (streptococi de grup A,B,D, enterococi, stafilococul auriu);
- germeni gram negativi (escherichia coli, klebsiella, proteus);
- germeni anaerobi(clostridii, fuzobacterii, bacteroides, peptococi, peptostreptococi);
- alți germeni(mycoplasma hominis, chlamydia trachomatis).

Factorii predispozanți:

- statutul socio-economic precar (risc mior);
- ruptura prematură a membranelor și prelungirea travaliului;
- examinări vaginale repetate în caz de membrane rupte;
- monitorizarea electronică fetală internă;
- cezariana și manevrele obstetricale endouterine;
- patologia anterioară sau coexistentă sarcinii.

Fiziopatologie

Infecția uterină este cea mai frecventă formă de infecție puerperală și implică miometrul, decidua și țesutul parametrial. În formele simple, infecția începe în zona patului placentar și se extinde la straturile superficiale, determinând o infiltrație leucocitară, care limitează această suprafață. În cazul operației cezariene, germenii din col și vagin invadează plaga uterină, apoi infecția se propagă limfatic la țesutul conjunctiv din ligamentul larg și produce celulită pelviană.

Infecția uterină poate fi cauzată și de extinderea leziunilor cervicale în țesutul din baza ligamentelor largi, în caz de perforație uterină. Leziunile perineale sau vaginale pot cauza

celulită , dar infecția este de obicei limitată la țesutul paravaginal, și rareori se extinde în pelvis.

Factorul cel mai important al infecției puerperale este penetrația precoce, masivă și brutală a germenilor patogeni. Multe din bacteriile gram pozitive eliberează hialuronidază, care depolimerizează substanța fundamentală și acționează ca factor de răspândire. Anaerobii eliberează toxine, enzime de difuziune, factori hipercoagulanți, substanțe proteolitice (alfa toxina din clostridium perfringens, cu afinitate pentru celula musculară), factori de adeziune sau de inhibiție a migrației leucocitare.

Bacteriemiile sunt frecvente, iar cele cu germeni gram negativi pot produce șoc endotoxic, chiar și în caz de leziuni locale minime. În 10% dintre cazurile cu endometrită puerperală se găsesc hemoculturi pozitive, ceea ce arată faptul că nu există graniță între infecția generalizată și cea localizată.

Propagarea infecției are loc pe cale limfatică sau hematogenă, prin continuitate (canal vagino-utero-tubar) și contiguitate. O septicemie este întreținută prin însămânțări din tromboflebitele septice pelvine, ceea ce explică persistența acesteia chiar dacă uterul este normal, la examenul histopatologic se constată numeroase tromboze septice uterine.

Infecțiile puerperale limitate

1. Infecțiile perineale cuprind plaga de epiziotomie și rupturile suturate. Acestea sunt relativ rare având în vedere gradul contaminării bacteriene, ce însoțește nașterea. Cea mai frecventă este dezunirea plăgilor suturate. Marginile plăgii sunt edemațiate, indurate și foarte dureroase. La apăsare, printre firele de sutură apare exudat seros, serosanguinolent sau purulent, iar dacă se desfac firele, marginile plăgii se desfac.

Infecția plăgilor vaginale poate fi directă sau propagată de la perineu. Mucoasa vaginală este roșie, edemațiată, se poate necroza și elimina.

Infecția plăgilor cervicale apare ca rupturi cervicale laterale și se extinde la fundurile de sac .

Complicațiile sunt excepționale:

- limfangită, flebită superficială;
- parametrită, abces parametrial;
- flegmon ischiorectal, gangrenă, fasceită necrozantă.

2. Infecția plăgii operatorii după cezariană:

Incidența apariției este de 7% , iar în caz de antibioterapie profilactică de 2%. Cel mai frecvent agent patogen este stafilococul auriu, dar în caz de membrane rupte sau corioamniotită, flora este polimorfă. Femeile cu abces abdominal după cezariană prezintă în a-4-a zi după operație febră, care persistă în ciuda terapiei antimicrobiene. Plaga este eritematoasă, caldă, indurată, iar printre fire se scurge lichid purulent.

3. Infecția uterină implică decidua, miometrul și parametrul, ea a fost numită endometrită, endomiometrită, metrită cu celulită pelvină sau endoparametrită. Ea se manifestă prin febră (39° C), frison, tahicardie, cefalee, agitație, tulburări gastrice, lohii abundente cărămizii, uter subinvoluat, dureros la presiune, col larg permeabil prin care se pot palpa resturi placentare.

Infecții puerperale propagate

1. Infecțiile anexiale- perisalpingita, abcesul ovarian, flegmonul pelvian

Abcesul ovarian este foarte rar în perioada puerperală, acesta apare în urma invaziei bacteriene la nivelul capsulei ovariene, prin intermediul unei soluții de continuitate. El este de regulă unilateral și apare la 1-2 săptămâni după naștere. Ruptura abcesului apare frecvent, urmată de peritonită.

Peritonita este foarte rară după nașterea prin operație cezariană și este urmată invariabil de metrită. Cauza cea mai frecventă este necroza și dehiscenta inciziei uterine, dar mai poate apărea în urma unei rupturi de abces anexial sau a unei leziuni intestinale. Peritonita în urma

unei nașteri vaginale este foarte rară, cauza frecventă fiind streptococul beta-hemolitic de grup B. Cel mai frecvent simptom este ileusul paraltic, distensia intestinală.

Flegmonul parametrial apare în urma metritei post operație cezariană, este reprezentat de o arie indurată de la nivelul ligamentului larg, alături de celulita parametrială severă. El, de regulă este unilateral. Stare generală se ameliorează după 5-7 zile de tratament cu antibiotice cu spectru larg.

2.Tromboflebita septică pelvină apare foarte rar datorită terapiei antibiotice. Flebita este o extensie de-a lungul traectelor venoase și poate duce la tromboflebită, limfangita este adeseori asociată. Venele ovariene pot fi afectate deoarece ele drenează partea superioară a uterului, deci locul de implantare al placentei. La 1/3 dintre femei, cheagurile se extind până la vena cavă inferioară și ocazional la vena renală. Incidența ei este de 1 la 9000 de nașteri vaginale, și 1 la 800 de nașteri prin cezariană. Poate determina embolie pulmonară.

3.Pelviperitonita

Infecțiile generalizate

1.Starea septică se asociază cu febră, cefalee, confuzie, erupție eritematoasă maculară difuză, edem subcutanat, greață, vărsături, diaree, hemoconcentrație marcată. Insuficiența renală, insuficiența hepatică și coagularea intravasculară diseminată pot fi urmate la scurt timp de colaps vascular. Causa frecventă este *Staphylococcus aureus*.

Pentru diagnosticul sepsisului în prima etapă, sepsis necomplicat (prezența și multiplicarea bacteriilor în sânge, deosebită de bacteriemie = simpla prezență a unei cantități reduse de bacterii în sânge, fără manifestări clinice sau cel mult febră ușoară), pacientul trebuie să prezinte cel puțin două dintre următoarele simptome, cauzate de SRIS (conform criteriilor adaptate de Colegiul American al Medicilor Pneumonologi/Society of Critical Care Medicine), plus o infecție probabilă sau confirmată:

- Bacteriemie (hemoculturi pozitive);
- SRIS (mai mult de 2 criterii) -
 - Temperatură > 38°C sau < 36°C;
 - Puls > 90b/min
 - Respirații > 20/min (sau PaCO₂ < 32mmHg);
 - Leucocite > 12.000 sau ≤ 4000.
- Sepsis (SRIS și hemocultură pozitivă);
- Sepsis sever (sepsis și hipoperfuzie sau disfuncție a unui organ).

Infecțiile sânelui:

Infecțiile parenchimotoase ale glandelor mamare sunt o complicație rară antepartum, ele apar la 1/3 dintre femeile care alăptează. Acestea cuprind angorjarea sânelor, mastita, galactoforita, limfangita, abcesele areolare, flegmonul difuz, flegmonul lemnos, flegmonul retromamar.

Factorii favorizanți sunt:

- Primiparitatea (lipsa de experiență în alăptare);
- Ragadele mamelonare (lipsa toaletei, supt peste 30 de minute);
- Instruirea insuficientă a mamelor privind tehnica alăptării;
- Canicula (igiena deficitară), frigul (stafilococul răspândit aerogen);
- Angorjarea mamară, galactocelul;
- Terenul favorizant (diabet, obezitate, anomalii mamelonare).

Mastita acută apare după prima săptămână de alăptare, perioadă în care se produc ragadele mamelonare. Factorii determinanți sunt agenții infecțioși, mai ales stafilococul auriu(70%) și epidermis (25%).

Limfangita este cea mai frecventă infecție mamară în lehuzie, cauza fiind fisurile mamelonare și areolare.

Galactoforita reprezintă infecția canalelor galactofore și poate fi primul stadiu al unei mastite. Debutul este insidios, semnul patognomic fiind apariția unor picături de puroi la exprimarea mameloanelor.

Abcesele areolare apar prin infecția glandelor sebacee ale areolei și sunt de mărimea unui bob de mazăre sau alună.

Flegmonul difuz este o infecție supraacută, interesând toate țesuturile și se caracterizează prin sfacelare și agravarea stării generale, tabloul clinic fiind al unui șoc toxico-septic produs de stafilococul auriu. Alterarea stării generale (adinamie, mialgii, cefalee, vărsături, diaree, anurie) este însoțită de CID și insuficiențe organice multiple.

Flegmonul lemnos este caracterizat prin consistența dură a sânului, subfebrilitate și prin stare generală bună. Fenomenele retrocedează, dacă nu evoluează către o mastită cronică.

Flegmonul retromamar urmează după un abces profund, când rezultă un abces în "buton de cămașă". Sânul este tumefiat, dureros și proiectat înainte. Dacă nu se intervine, flegmonul difuzează spre axilă, gât, abdomen, sau fistulizează spontan printr-un punct decliv.

Tratament

În cazurile de metrită, care nu este severă, apărută după nașterea vaginală, de cele mai multe ori este suficientă administrarea unui antibiotic pe cale orală. Pentru infecțiile moderate până la severe este indicată folosirea unor antibiotice cu spectru larg, administrate intravenos. Ameliorarea stării se observă în 48-72 de ore la aproximativ 90% dintre femei, indiferent de metoda terapeutică folosită. Febra persistentă după acest interval poate fi datorată unei alte cauze care trebuie investigată sau poate sugera o infecție pelvină refractară, cum ar fi flegmonul parametrial, o zonă de celulită acută, abcesul abdominal la nivelul inciziei, abcesul pelvian sau hematumul suprainfectat și tromboflebită septică pelviană. Femeile pot fi externate la un minim de 24 de ore de afebrilitate, fără a necesita antibioterapie orală în ambulator.

Tratamentul inițial după o operație cezariană este îndreptat împotriva florei mixte:

1.Clindamicină+Gentamicină	Standardul de aur, eficacitate 90-97%
2.Clindamicină+Aztreonam	Substituirea Gentamicinei în caz de insuficiență renală
3.Peniciline cu spectru larg (Ampicilină, Piperacilină)	
4.Cefalosporine(Cefotaxim,Cefotetan)	
5.Vancomicină	În suspiciunea infecției cu S.Aureus
6.Metronidazol+Ampicilină+Gentamicină	Metronidazol pentru bacterii anaerobe
7.Carbapenem(Imipenem,Meropenem)	

Pentru infecțiile apărute după nașterea pe cale vaginală, peste 90% dintre femei răspund bine la antibiotice precum Ampicilină asociată cu Gentamicină. Femeile la care s-a administrat combinația de Clindamicină-Gentamicină au avut o rată de răspuns de 95%, de aceea această schemă terapeutică este considerată de cei mai mulți autori standard.

Postpartum, în cazul oricărei complicații septice pelvine, se va asocia tratament anticoagulant din cauza riscului mare de boală tromboembolică.