

Summary

Despite advances in medical, surgical, and critical care interventions, infective endocarditis remains a disease that is associated with considerable morbidity and mortality. The continuing evolution of antimicrobial resistance among common pathogens that cause infective endocarditis creates additional therapeutic issues for

physicians to manage in this potentially life-threatening illness.

The recommendations outlined in this work, based on the last updates, should assist physicians in all aspects of patient care in the diagnosis, medical and surgical treatment, and follow-up of infective endocarditis, as well as management of associated complications.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ A PĂRȚILOR DREPTE ALE CORDULUI

Vitalie Moscalu, dr. în medicină, **Gheorghe Manolache**, dr. în medicină, **Oleg Repin**, dr. în medicină, **Andrei Ureche**, **Liviu Maniuc**, **Vasile Corcea**, **Oxana Malîga**, **Anatol Ciubotaru**, dr. h. în medicină,
IMSP Centrul de Chirurgie al Inimii

Endocardita valvei tricuspidiene este relatată în creștere și ocupă 14 % din numărul total de pacienți cu endocardită infecțioasă. Spre deosebire de endocardita părților stângi ale cordului, endocardita părților drepte deseori implică în procesul inflamator valva tricuspidiană, inițial normală [6, 9, 13, 18]. Infecția este cauzată de microorganisme neobișnuite și foarte virulente, *Stafilococul aureus* fiind cel mai răspândit germene [22].

Incidența endocarditei de valvă tricuspidiană este în creștere dramatică. În articolele de sinteză prezentate în literatura de specialitate în ultimii ani [3, 11, 18] se deosebesc 3 cauze de bază ale acestei creșteri:

- mărirea numărului de explorări electrofiziologice intervenționale, care prelungesc considerabil supraviețuirea pacienților cu patologii cardiovasculare dobândite;
- mulți pacienți cu tumori maligne se tratează chimioterapeutic, utilizând cateterelor venoase centrale;
- administrarea i/v a drogurilor de către narcomani.

Mai mult de 80% din cazurile de endocardită infecțioasă a părților drepte sunt tratate cu succes medicamentos. Necesitatea tratamentului chirurgical apare în infecțiile incurabile, cu hemodinamică compromisă ori în infecții concomitente ale părților stângi ale cordului [6, 10, 16]. El urmează să înlăture focarul de infecție de pe aparatul valvular cât mai radical și să restaureze competența valvei cu indici hemodinamici buni, însă în aceste cazuri rămâne pericolul recurenței infecției, care deseori determină dehiscenta suturilor aplicate cu recidivul insuficienței tricuspidiene.

Materiale și metode. Studiul este bazat pe analiza retrospectivă a datelor ale 28 de pacienți operați consecutiv între anii 1993-2005, care au necesitat corecția chirurgicală a endocarditei infecțioase de valva tricuspida.

Endocardita infecțioasă (EI) a fost stabilită în baza următoarelor criterii de diagnostic:

- prezența hemoculturilor pozitive;
- ecocardiografia caracteristică EI (mase intracardiace oscilante pe valve și structurile cordului, abcese ori dehiscente ale protezelor valvulare).

O însemnătate deosebită are și prezența criteriilor minore: condiții cardiace predispozante (VCC, reumatism, boli de colagen etc.), administrarea intravenoasă de droguri, febră > 38⁰, refractară la antibioticoterapie, prezența fenomenelor vasculare - embolii arteriale, infarcte pulmonare septice, hemoragii intracraniene, anevrisme micotice, fenomene imunologice - dezvoltarea glomerulonefritei

cu semne de insuficiență renală progresivă, nodulii Osler, pete Roth, factor reumatoid pozitiv, confirmări serologice de infecții cu microorganisme ce determină EI.

Indicii de bază ce caracterizează grupul de pacienți incluși în lotul de studiu sunt prezentați în *tabelul 1*.

Agenți infecțioși, ce au determinat dezvoltarea EI, au fost stabiliți în hemoculturi la 16 (57,1%) din pacienții incluși în lotul de studiu, inclusiv: *Stafilococ aureus* – 4, *Stafilococ epidermal* – 4, *Streptococ viridans* – 3, *Enterococ* – 2, *Bacili gramnegativi (Escherichia coli, Klebsiella)* – 2, asociere de microbi *Stafilococ epidermal/Enterobacter* – 1. Gradul scăzut de hemoculturi pozitive este determinat de adresaarea târzie a pacienților, după multiple cure de antibioticoterapie, multe din ele efectuate fără un control bacteriologic.

Afectarea infecțioasă a valvei tricuspidiene a fost constatată primară în 9 (32,1%) cazuri și secundară în 19 (67,9%). Au fost stabiliți o serie de factori etiologici predispozanți în evoluția procesului endocardic (*tab. 2*).

Tabelul 1

Caracteristica preoperatorie a pacienților

<i>Variația de vârstă (medie)</i>	<i>1-59 de ani (34)</i>
Bărbați/femei	19/9
Clasa funcțională NYHA	
II	2
III	14
IV	12
Endocardită infecțioasă:	
- activă	8
- subacută	14
- remisie	6
Febră > 38°	7
Embolii pulmonare	12
Vegetații pe valve apreciate ecocardiografic	28
Hemoculturi pozitive	16
Insuficiență cardiacă progresivă	25
Aritmii	16
Creatinina \geq 2 mg/dl	9
Ureea \geq 30 mg/dl	7
Hemoliza	2

Tabelul 2

Cauzele afectării infecțioase a valvei tricuspidiene (N 28)

<i>Formele clinice</i>	<i>Factorii etiologici</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
EI Primară	- narcomanie	5	9 (32,1%)
	- cateter venos	1	
	- infecții ginecologice (avort)	1	
	- pneumonie	1	
	- neidentificat	1	
EI Secundară	- asociere cu MCC	8	19 (67,9%)
	- reumatism	5	
	- endocardită de proteză valvulară *	5	
	- implantare de ECS	1	

* 2 cazuri cu implantare de ECS cu prezența vegetațiilor pe electrodul miocardial.

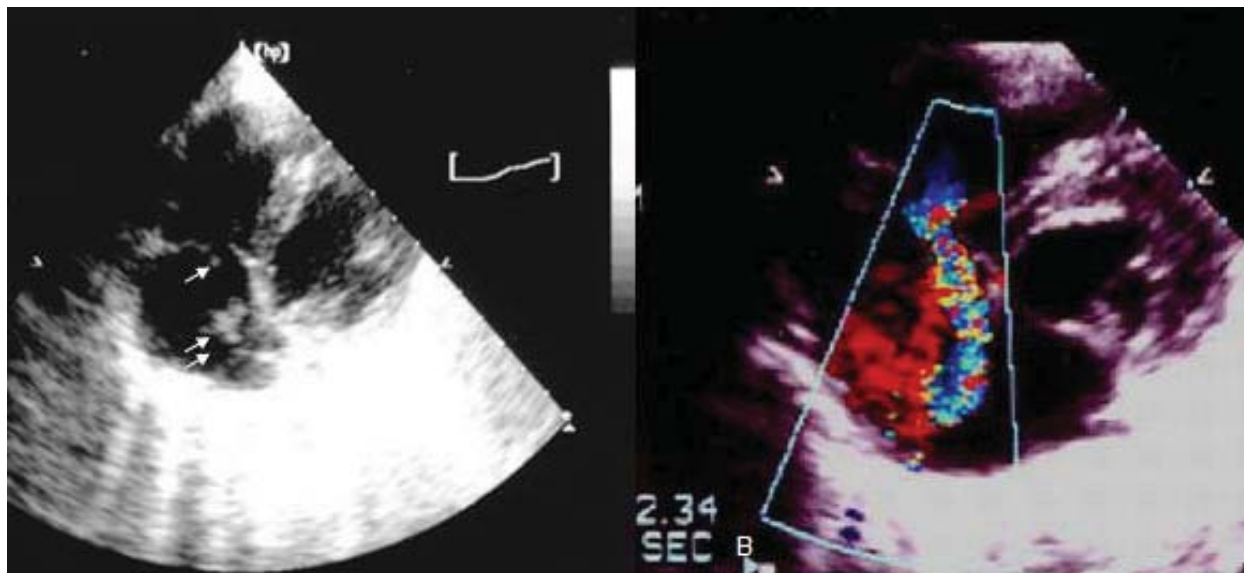
Preoperator în baza datelor de ecocardiografie a fost constatată o insuficiență tricuspidiană de gr. II–III la 11 pacienți și de gr. III–IV la 17 din pacienții incluși în lotul de studiu.

Indicațiile operatorii au fost determinate de:

- insuficiența cardiovasculară progresivă – 21 (75%) de cazuri;
- infecții nedirijate – 7 (25%) cazuri.

O importanță deosebită au avut depistarea unei serii de factori predispozanți, ce puteau influența decisiv debutul și prognosticul procesului infecțios:

- embolii sistemice repetate – 12 cazuri;
- vegetații hipermobile > 10 mm – 23 de cazuri;
- extinderea infecțiilor perivalvular, fistule intracardiace – 6 cazuri;
- constatarea disfuncțiilor de proteze valvulare implantate în antecedente – 5 cazuri (fig. 1).



a) b)
Figura 1. Aspect ecocardiografic al EI de valvă tricuspidiană:

- a) vegetații multiple, prolabare de cuspe;
- b) get regurgitant gr. III-IV.

Toți pacienții au fost operați în condiții de circulație extracorporală cu protecție farmacologică și hipotermie moderată.

Rezultate. Au fost tratați chirurgical 28 de pacienți, cărora li s-au efectuat 32 de operații la aparatul valvular al cordului.

Intraoperator morfologia valvei tricuspidiene se caracterizează prin afecțiuni infecțioase severe cu prezența vegetațiilor la cuspa anterioară – 16, posterioară – 3, septală – 3, multiple – 8, rupturi de cuspe, cordaje – 22, abcese perianulare – 6 (fig. 2).

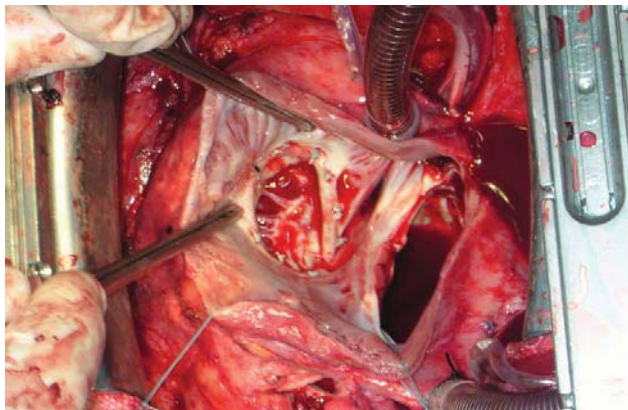


Figura 2. Aspect intraoperator al VTr (vegetații pe cuspa posterioară și pe cea septală)

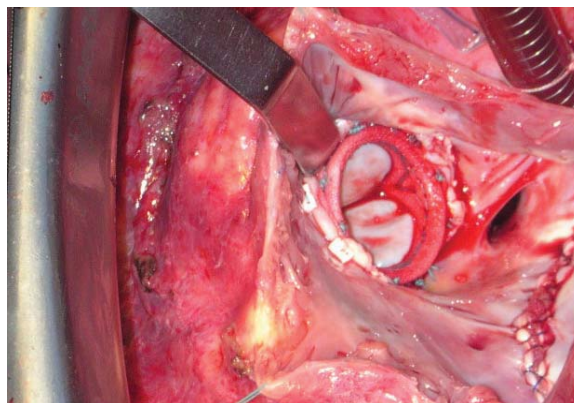


Figura 3. Substituirea VTr cu proteză (proteza biologică BIOLAB 32)

Tehnicile operatorii au fost împărțite în substituirii valvulare cu proteze biologice (fig. 3), mai rar mecanice și operații reconstructive de asanare cu restabilirea competenței complexului valvular tricuspidian (tab. 3).

Tabelul 3

Structura operațiilor efectuate în EI valvei tricuspidiene

<i>Operațiile efectuate</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Vegetectomia + suturarea ori plastia defectelor + anuloplastia tricuspidiană	16	50
Protezarea valvei tricuspidiene cu valve:		
- mecanice – MEDINJ	2	6,3
- biologice – BIOLAB	7	
– Carpentier Edwards	2	43,7
– Ionescu Shilly	2	
– Hankok	1	
– Sorin Biomedica	1	
– BAKC	1	

Concomitent au fost efectuate operații de corecție a patologiilor asociate cu insuficiența tricuspidiană de etiologie endocarditică: plastia DSV – 6 (1 replastie), protezare mitrală – 8 (3 reprotzare), protezare aortică – 3 (2 reprotzare), protezare mitroaortică – 3.

A fost înregistrat un deces postoperator, ce a alcătuit o letalitate de 3,6%. Cauza decesului a fost dislocarea electrodului miocardial după implantare de ECS.

Din grupul de pacienți operați au mai necesitat implantare de ECS permanent încă 4 pacienți, la care postoperator s-a instalat un bloc atrioventricular complet.

Deși starea inițială a pacienților era gravă, după corecția viciilor s-a observat o evoluție favorabilă a funcției organelor vital însemnate. Semne de reactivare a focarelor infecțioase pe fond de tratament antibacterian prolongat nu s-au semnalat.

În 16 (50%) cazuri au fost aplicate procedee tehnice reconstructive, ca o alternativă a protezării valvulare. Intraoperator s-au înlăturat vegetațiile de pe cuspa anterioară la 4 pacienți, cuspa posterioară la 3, septală la 2 pacienți, în 7 cazuri în proces infecțios au fost implicate 2-3 cuspe și focarele se extindeau intra- și periinelar (2 cazuri).

Defectele și rupturile de cuspe s-au înlăturat prin suturarea lor acolo unde era posibil ori au fost reconstruite, aplicând un petec de pericard autolog.

Competența valvulară a fost restabilită prin efectuarea: comisuroplacției anteroseptală ori posteroseptală (6 cazuri), bicuspidalizării (2 cazuri) și anuloplastiei De Vega (20 de cazuri). Prima metodă de anuloplastie a fost mai des aplicată la grupul de pacienți cu malformații cardiace congenitale asociate, unde inelul fibros nu a fost supus dilatării considerabile. Bicuspidalizarea s-a practicat după vegetectomie din regiunea cuspei posterioare și a comisurii posteroseptale. Anuloplastie semicirculară De Vega au necesitat pacienții cu dilatare excesivă de VD și inel fibros tricuspidian.

La toți acești pacienți s-a obținut o competență adecvată a valvei tricuspidiene cu micșorarea considerabilă a gradului de regurgitare postoperator în medie de la $3,3 \pm 0,4$ la $1,2 \pm 0,5$.

În perioada de lungă durată au fost observați 27 de pacienți externați, în termen de la 0,5– 2 ani (media $5,6 \pm 1,2$ ani). Au fost înregistrate 7 (25,0%) decese tardive, cu o supraviețuire cumulativă la 5 ani de $76,5 \pm 3,2\%$.

Cel mai frecvent au fost înregistrate decese în grupul pacienților cu proteze în valva tricuspidiană (6 cazuri), față de cei cu reconstrucție valvulară (1 caz). Cauzele deceselor tardive au fost: reactivarea infecției cu clinica de septicemie – 1, disfuncții de proteză a valvei mitrale – 1, insuficiența cardiovasculară progresivă – 1, ciroza de ficat cu hemoragie din venele esofagului – 1, tromboembolie pulmonară – 1, narcomania – 1.

În rândul pacienților cu protezare de valvă tricuspidiană cu valvă mecanică a fost înregistrat un caz de trombendocardită de proteză, ce a necesitat reprotzare cu valvă biologică. La 2 pacienți cu

valve biologice implantate s-au înregistrat perforații și deteriorări ale țesuturilor cuspelor valvulare cu disfuncția lor, care au necesitat reprotzare cu valvă mecanică și biologică.

La 3 din pacienții după anuloplastia De Vega a fost depistată dehiscență a suturilor, care au avut loc pe fond de disfuncții ale protezelor implantate în părțile stânga ale cordului și modificări postinflamatorii ale țesuturilor. Ei au necesitat reanuloplastie De Vega, efectuată în modificare Cabrol, cu rezultate funcționale bune.

Majoritatea pacienților (87,2 %) au fost liberi de reoperații, cu o stabilitate cumulativă a rezultatelor bune postoperatorii la 5 ani de $68,1 \pm 4,8$ %. În lipsa tratamentului antibacterian ei nu prezentau simptome clinice de EI, cu indici normali ai formulei leucocitară și VSH și hemoculturi sterile.

Discuții. Pe parcursul ultimilor 10 ani se observă o creștere vădită a afecțiunilor infecțioase ale endocardului. Anual se atestă o morbiditate de 3,8 cazuri la 10000 populație, în 86% cazuri este afectată populația în vârstă de 21-50 de ani, mai frecvent (de 3 ori) bărbații față de femei [18].

Cauzele principale sunt legate de un număr impunător de persoane afectate de narcomanie, boli imunodeficitare, de diverse infecții netratate. Comunitatea medicală este atenționată de pericolul apariției infecțiilor pe endocard în urma focarelor cronice de infecție netratate, exploatării îndelungate a cateterelor venoase, utilizării cateterelor Swan Ganz, cistoscopiei, avortului medicinal, extracției dentare [6, 11, 18].

La etapa actuală se observă un salt în numărul de investigații și manipulații intracardiace intervenționale, care treptat înlocuiesc operațiile cu aborduri largi – angioplastii, dilatări cu balon de valve, implantare de pacemaker cu electrod transventricular ori transatrial, aplicarea în DSA a ocluderului septal de tip Amplatezer etc. [6, 16].

Endocardita părților drepte ale cordului este diferențiată ca o nosologie aparte, având unele particularități distinctive, ca: rezistența sporită a infecției la antibioticoterapie, tabloul clinic netipic, asocierea cu procese inflamatorii severe în plămâni (consecință a emboliilor pulmonare recidivante), manifestări clinice de intoxicare și septicemie accentuate, tendință spre recidivare și apariția simptomelor de insuficiență poliorganică foarte precoce.

Cel mai frecvent s-au depistat agenții patogeni *Stafilococcus aureus*, *Stafilococcus epidermidis*, *Streptococcus viridans*, *Escherichia coli*, *Bacillus fragilis* etc. Hemoculturile pozitive au fost obținute după datele multor autori în 45-79,2% cazuri [15, 22].

Semnele clinice distinctive ale endocarditei infecțioase sunt descrise amănunțit în numeroase culegeri de articole de medicină [4, 15]. Referitor la debutul infecției în părțile drepte ale cordului, se prezintă 3 variante caracteristice: cu evoluție fulminantă, lentă și asimptomatici. La suspiciune de afectare infecțioasă a valvei tricuspidiene în 80% de cazuri o ecocardiografie clasică poate confirma prezența vegetațiilor și a deteriorării valvulare.

Tratamentul începe cu o tentativă de rezolvare conservativă. După datele lui M.J. Robbins [18], coloniile cu diametrul mai mic de 1 cm sunt destinate în expectativă tratamentului antibacterian. Chiar dacă focarele infecțioase sunt > 1 cm, dar pacientul răspunde pozitiv la antibioticoterapie, este continuată medicația antibacteriană.

Rata proceselor infecțioase în părțile drepte și stânga este de 24 și 43% corespunzător [6, 18], ce lasă o nădejde în ceea ce privește posibilitatea tratamentului conservativ al endocarditei părților drepte ale cordului. Apariția insuficienței tricuspidiene, de asemenea, este tolerată timp îndelungat mai ușor ca insuficiențele valvulare în părțile stânga ale cordului.

Indicațiile predominante pentru tratamentul chirurgical sunt infecțiile intratabile [4, 15]. După datele lui D.Kaye [13], la operație se recurge în 25% de cazuri din această categorie de pacienți.

Tratamentul chirurgical acceptat recurge la 2 tehnici clasice de operație: excizia simplă a valvei fără substituție și protezarea valvulară [9, 17, 12, 21]. Recent procedeele reconstructive au căpătat un statut de chirurgie adițională [1, 2, 5, 7, 14, 19, 23, 24].

Exciziile de valve pot fi tolerate de unii pacienți bine. În controversă A.Arblu [3] menționează că în seria de pacienți cu excizii valvulare s-a observat o dependență de tratamentul medicamentos insistent în 49% de cazuri, ceea ce a determinat 29% de cazuri letale în primele 45 de zile după operație. Cauza deceselor a fost alterarea marcantă a hemodinamicii părților drepte cu ventricularizarea

presiunii în AD. După datele lui Robin [17], 30% din acești pacienți prezintă semne de insuficiență cardiacă majoră, iar 20% au necesitat protezare de valvă în perioada tardivă.

Rezultatele protezării tricuspidiene, după datele multor autori, sunt anevoioase, având o letalitate postoperatorie între 10-50% și o supraviețuire la 15 ani de 33-50%. Cauzele deceselor, chiar și la o asanare calitativă a procesului infecțios, sunt legate, de cele mai multe ori, de particularitățile anatomice și hemodinamice ale părților drepte ale cordului. Pe parcursul mai multor ani preferabil au fost implantate proteze biologice în poziția tricuspida, având o incidență mai joasă de complicații tromboembolice, dar deteriorările țesutului biologic în timp dictează un număr înalt de reoperații, ce influențează rata letalității tardive [12]. Preferabile rămân totuși operațiile reconstructive, tehnicile cărora se perfectează, atitudinea chirurgilor față de ele fiind mai îndrăzneată și în endocardita infecțioasă. Ele au un avantaj în restabilirea competenței valvulare după procedeele de asanare, fără a folosi material sintetic.

Pe parcurs au fost descrise următoarele tehnici reconstructive ale valvei tricuspide în afectarea ei infecțioasă: comusuroplastia după rezectarea fragmentelor de cuspe afectate, excizarea suprafețelor inelului fibros, infectate cu restaurarea lor cu ajutorul unui petec de pericard autolog [1, 2, 5, 24], reducerea inelului fibros în grupul de pacienți pediatrici [20, 23], rezecțiilor qwandragulare ale cuspei anterioare și exciziei complete a cuspei posterioare finalizate cu anuloplastia De Vega [14], tehnica de formare a orificiului triplu cu o sutură plasată pe marginea liberă a cuspelelor [20], restaurarea defectelor cu pericard autolog, inclusiv formarea de neocordaje și conversia la bicuspidalizare [5]. Rezultatele acestor operații sunt urmărite de autori în perioada de până la 5 ani și par promițătoare.

Unii autori [8] utilizează ca material de plastic un fragment de cusă mitrală ca homogrefă, cu rezultate funcționale excelente.

Toate acestea ne permit să afirmăm că diagnosticul precoce și terapia promptă și agresivă antimicrobiană, asanarea chirurgicală a focarelor de infecție majore au o importanță hotărâtoare pentru supraviețuirea pacienților cu EI a părților drepte ale cordului.

Bibliografie selectivă

1. Allen M.D., Slachman F., Eddy A.C. et al., *Tricuspid valve repair for tricuspid valve endocarditis: tricuspid valve "recycling"*. Ann Thorac Surg; 1991; 51:593-8.
2. Anderson J.R., Scott P., Nair R.U., *Conservative surgery in multiple cusp involvement in tricuspid valve endocarditis*. British Heart Journal, 1991; 66 (3):244-5.
3. Arbulu A., Holmes R.J., Asfaw I., *Surgical treatment of intractable rightsided endocarditis in drug addicts: 25 years experience*. J Heart Dis, 1993; 2:129-37.
4. Bayer A.S., Ward J.I., Ginzton L.E. et al., *Evaluation of new clinical criteria for the diagnosis of infective endocarditis*. The American Journal of Medicine, 1994; 96(2):211-19.
5. Carozza A., Renzulli A., Ismeno M. et al., *Tricuspid Repair for Infective Endocarditis Clinical and Echocardiographic Results*. Tex Heart Inst. J, 2001; 28(2):96-101.
6. Chan P., Ogilby J.D., Segal B., *Tricuspid valve endocarditis*. Am Heart J, 1989; 117:1140-46.
7. Chandraratna A.N., Reagan R.B., Imaizumi T., *Infective endocarditis cured by resection of a tricuspid valve vegetation*. Ann Intern Med, 1978; 89:517-8.
8. Couetil J.P., Argyriadis P.G., Shafy A. et al., *Partial Replacement of the Tricuspid Valve by Mitral Homografts in Acute Endocarditis*. Ann Thorac Surg, 2002; 73:1808-12.
9. Dehler S., Elert O., *Early and Late Prognosis Following Valve Replacement for Bacterial Endocarditis of the Native Valve*. Thorac.cardiovasc.Surgeon, 1995; 43:83-9.
10. Doty D.B., *Surgical Aspects of Endocarditis*. Heart Lung and Circulation, 2000; 9-15.
11. Hecht S.R., Berger M., *Right-sided endocarditis in intravenous drug users. Prognostic features in 102 episodes*. Annals of Internal Medicine, 1992; 117(7):560-6.
12. Jegaden O., Perinetti M., Barthelet M. et al., *Long term results of porcine bioprostheses in the tricuspid position*. Eur J Card. Surg, 1992; 6:256-60.
13. Kaye D., *Treatment of Infective Endocarditis*. Annals of Internal Medicine, 1996; 124(6):606-8.
14. Lange R., De Simone R., Bauernschmitt R. et al., *Tricuspid valve reconstruction, a treatment option in acute endocarditis*. Eur. J. Cardio-thorac Surg, 1996; 10:320-6.

15. Lai J.S., Sexton D.J., Mick N. et al., *Proposed Modifications to the Duke Criteria for the Diagnosis of Infective Endocarditis*. *Clinical Infectious Diseases*, 2000; 30:633-8.
16. Magilligan D.J., *Cardiac surgery in acute infective endocarditis*. In: Horstkotte D., Bodnar E. (eds) *Infective endocarditis*. ICR Publishers, London, 1991; 206-15.
17. Robin R., Thoms N.W., Arbulu A. et al., *Hemodynamic consequences of total removal of the tricuspid valve without prosthetic replacement*. *Am J. Cardiol*, 1975; 35:481-6.
18. Robbins M.J., Soeiro R., Frishman W.H. et al., *Right-sided valvular endocarditis: etiology, diagnosis and an approach to therapy*. *Am Heart J*, 1986; 111:128-35.
19. Sasaki H., Ihashi K., Ishikawa K., *Sliding Plasty Using the Triple-Orifice Technique for Tricuspid Endocarditis*. *Ann Thorac Surg*, 2005; 80:721-2.
20. Shu-Chien Huang, Nai-Hain Chi, I-Hui Wu. et al., *Incorporating a pediatric concept into tricuspid valve endocarditis : One and a half ventricle repair*. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2006; 131(1):228-9.
21. Thorburn C.W., Morgan J.J., Shanahan M.X. et al., *Long-term results of tricuspid valve replacement and the problem of prosthetic valve thrombosis*. *Am J Cardiol*, 1994; 51:1128-32.
22. Thuan Le and Arnold S. Bayer, *Combination Antibiotic Therapy for Infective Endocarditis*. *Clinical Infectious Diseases*, 2003; 36:615-21.
23. Udekem Y., Sluysmans T., Rubay J.E., *Tricuspid Valve Repair for Tricuspid Valve Endocarditis After Fallot Repair*. *Ann Thorac Surg*, 1997; 63:830-2.
24. Yee E.S., Khonsari S., *Right-sided infective endocarditis: Valvuloplasty, valvectomy or replacement*. *J Cardiovasc. Surg*, 1989; 30:744-8.

Rezumat

Studiul este bazat pe analiza datelor ale 28 de pacienți operați cu clinică de endocardită infecțioasă de valvă tricuspidiană. În afecțiunile primare (9 cazuri) cauzele afectării infecțioase au fost narcomania, prezența îndelungată a cateterelor venoase, electroadele intracardiace ale sistemelor de ECS, infecțiile ginecologice și nazocomiale, iar în cele secundare (19 cazuri) asocierea cu MCC, reumatismul, endocardita de proteză valvulară.

Necesitatea tratamentului chirurgical a apărut în infecțiile incurabile cu hemodinamică grav compromisă.

Au fost efectuate 32 de operații: 16 – vegetectomie cu procedee reconstructive valvulare, 14 – substituirii valvulare cu proteze biologice și 2 mecanice. Letalitatea postoperatorie a alcătuit 3,6 % (1 caz).

Diagnosticul precoce, terapia agresivă antimicrobiană și asanarea chirurgicală a focarelor de infecție majore au o importanță decisivă pentru supraviețuirea pacienților cu endocardită infecțioasă a părților drepte ale cordului.

Summary

The study is based on data analysis of 28 operated patients with a clinic of infectious endocarditis of tricuspid valve. In primary affections (9 cases) the causes of infectious affection was drugs addiction, presence for a long period of venous catheters, intracardial electrodes of the ECS system, gynecological and nazocomial infectious, but secondary (19 cases) were associated with MCC, rheumatic fever, endocarditis of valvular prothesis.

Surgical treatment necessity appeared in incurable infections with a severe compromised hemodynamics.

32 surgical interventions: -16- vegetectomy with valve reconstruction procedures, 14- valvular substitution with biological prothesis and 2- mechanic were performed. Postoperative lethality was 3,6% (1 case).

In conclusion we affirm that early diagnosis, antimicrobial aggressive therapy and surgical cleaning of the major infection sources, have a decisive importance for the surviving of patients with infectious endocarditis.