

ÁP XE THẬN Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Hoàng Xuân Đại^{1,✉}, Trần Phạm Minh Khôi²

Nguyễn Thị Kiên¹, Nguyễn Văn Sơn¹

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

²Trường Đại học VinUni

Áp xe thận là một bệnh lý nhiễm trùng hiếm gặp ở trẻ em, nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, thậm chí tử vong. Lựa chọn phương pháp điều trị nội khoa chỉ dùng kháng sinh hoặc can thiệp ngoại khoa phụ thuộc vào kích thước ổ áp xe và tình trạng của bệnh nhân. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh trẻ gái 10 tuổi nhập viện với triệu chứng sốt cao và đau vùng hông lưng. Kết quả xét nghiệm chỉ số nhiễm khuẩn tăng cao và chẩn đoán hình ảnh có ổ áp xe thận kích thước 35x44mm, vỡ vào cơ đáy chậu. Bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch phối hợp, không cần can thiệp ngoại khoa. Sau 4 tuần điều trị kháng sinh, lâm sàng và xét nghiệm trở về bình thường, siêu âm theo dõi định kỳ sau đó cho thấy tình trạng áp xe thoái triển dần và không còn thấy trên siêu âm sau 8 tuần từ khi bắt đầu điều trị.

Từ khóa: Áp xe thận, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe thận, một bệnh nhiễm trùng hiếm gặp ở trẻ em, được đặc trưng bởi sự hình thành các ổ mủ trong nhu mô thận. Mặc dù, tỷ lệ mắc chính xác vẫn chưa được xác định rõ ràng, nhiều nghiên cứu cho thấy áp xe thận ở trẻ em là tình trạng hiếm gặp và hiện chưa ghi nhận các nghiên cứu về vấn đề này tại Việt Nam.¹

Nguyên nhân phổ biến nhất gây áp xe thận ở trẻ em là do nhiễm trùng đường tiết niệu, trong đó áp xe thận là biến chứng của bệnh lý này, do đó *Escherichia coli* thường được xác định là tác nhân gây bệnh chính. Ngoài ra, áp xe thận xuất hiện thứ phát sau nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn xâm nhập vào thận qua đường máu, và nguyên nhân chủ yếu do *Staphylococcus aureus*. Các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng phát triển áp xe thận bao gồm dị tật đường tiết

niệu như trào ngược bàng quang niệu quản, sỏi thận, khối u chèn ép, nang thận, ngoài ra bệnh tiểu đường, mang thai cũng là các yếu tố nguy cơ thường gặp.²⁻⁶

Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời áp xe thận ở trẻ em đóng vai trò then chốt trong việc cải thiện tiên lượng và giảm thiểu nguy cơ biến chứng. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính là những phương pháp chẩn đoán hình ảnh được sử dụng phổ biến để xác định áp xe thận. Điều trị thường bao gồm kháng sinh phổ rộng đường tiêm kéo dài, kết hợp với dẫn lưu mủ qua da hoặc phẫu thuật trong một số trường hợp nhất định. Mặc dù, hiện nay chưa có hướng dẫn điều trị cụ thể áp xe thận ở trẻ em trên thế giới, nhưng kháng sinh lựa chọn ban đầu khi chưa có kết quả cấy máu và cấy nước tiểu cần bao phủ cả hai vi khuẩn hay gặp *Escherichia coli* và *Staphylococcus aureus*, và điều chỉnh cho phù hợp với tác nhân gây bệnh xác định được, kết quả kháng sinh đồ và đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân.^{1,2,6}

Tiên lượng của áp xe thận ở trẻ em thường khả quan nếu được chẩn đoán và điều trị kịp

Tác giả liên hệ: Hoàng Xuân Đại

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Email: v.daihx@vinmec.com

Ngày nhận: 30/12/2024

Ngày được chấp nhận: 20/01/2025

thời. Tuy nhiên, việc trì hoãn điều trị có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng huyết, suy thận, và thậm chí tử vong.^{8,9} Các nghiên cứu cho thấy việc điều trị bảo tồn bằng kháng sinh có thể hiệu quả đối với áp xe thận có kích thước nhỏ, trong khi áp xe lớn hơn thường cần can thiệp dẫn lưu hoặc phẫu thuật. Ngưỡng cắt cho chiến lược điều trị dựa vào kích thước ổ áp xe, thường được dùng là 3,0cm, cũng có nơi dùng ngưỡng là 4,0cm.^{2,6,7}

Chúng tôi báo cáo một ca bệnh áp xe thận có kích thước 35×44mm ở trẻ em được điều trị thành công bằng phương pháp điều trị nội khoa.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 10 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, đến khám với lý do sốt và đau hông lưng. Bệnh diễn biến 7 ngày trước đó, trẻ khởi phát đau nhẹ vùng hông lưng và mạn sườn trái, kèm theo sốt cao, sốt có kèm theo rét run, ngoài ra trẻ có ho húng hắng, trẻ đã được khám ở bệnh viện tư vào ngày thứ 3 của sốt, chẩn đoán: Viêm mũi họng cấp, điều trị kháng sinh Augmentin 5

ngày. Tuy nhiên, trẻ còn sốt cao liên tục, đáp ứng kém với hạ sốt, đau nhiều hơn vùng hông lưng và mạn sườn trái, gia đình cho trẻ khám tại bệnh viện chúng tôi.

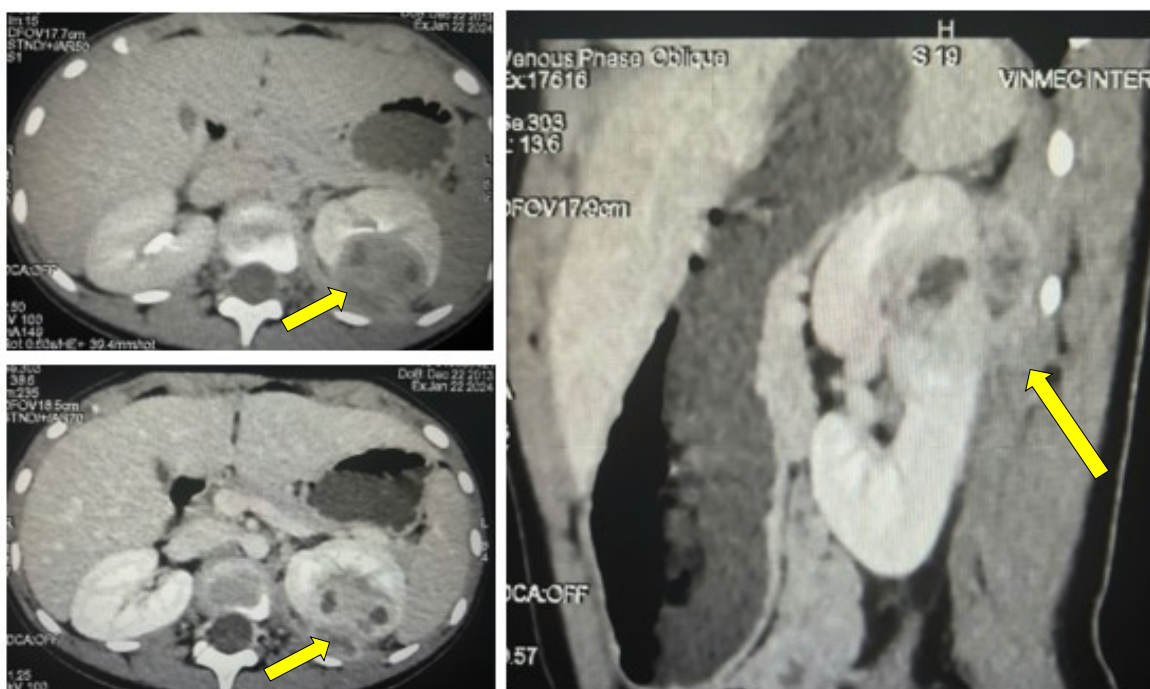
Tại thời điểm đến khám: trẻ tỉnh táo, vẻ nhiễm trùng, dấu hiệu sinh tồn ổn định, tình trạng nổi bật của trẻ là đau vùng mạn sườn trái, tăng khi ấn, hố thận trái ấn sâu đau tức, tim đều, không có tiếng thổi, mạch bắt rõ, tần số 101 lần/phút, huyết áp 100/60mmHg, chi hồng ấm, mũi họng viêm đỏ nhẹ, phổi không ran, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Trẻ được thực hiện các xét nghiệm đánh giá tình trạng nhiễm trùng, xét nghiệm nước tiểu, cấy máu, cấy nước tiểu và siêu âm ổ bụng, kết quả ban đầu ghi nhận: công thức máu có bạch cầu 14,7 G/L, bạch cầu trung tính 11,5 G/L, CRP tăng cao 263,2 mg/l; tổng phân tích nước tiểu và soi cặn lắng nước tiểu bình thường (bạch cầu, hồng cầu và nitrite âm tính); chức năng gan thận bình thường, siêu âm ổ bụng có hình ảnh ổ tổn thương dạng viêm – áp xe nhu mô 1/3 trên thận trái, kích thước ~29×32mm (Hình 1).



Hình 1. Hình ảnh ổ áp xe có kích thước ~29×32mm, ranh giới không rõ, bên trong có vôi ổ dịch nhỏ kèm thâm nhiễm xung quanh kèm thâm nhiễm mỡ quanh thận

Trẻ được chẩn đoán: Áp xe thận, hội chẩn Ngoại khoa thống nhất chưa can thiệp, điều trị nội khoa kháng sinh tĩnh mạch Ceftriaxone + Amikacin. Sau 48 giờ điều trị, tình trạng lâm sàng không cải thiện: trẻ còn sốt cao và dày, rét run, còn đau hông lưng trái, huyết động vẫn ổn định, kết quả CT ổ bụng có hình ảnh áp xe thận trái vỡ vào phần cao cơ đáy chậu trái (Hình 2), cấy máu chưa mọc vi khuẩn, chúng tôi quyết định đổi kháng sinh Vancomycin phối hợp Meronem.

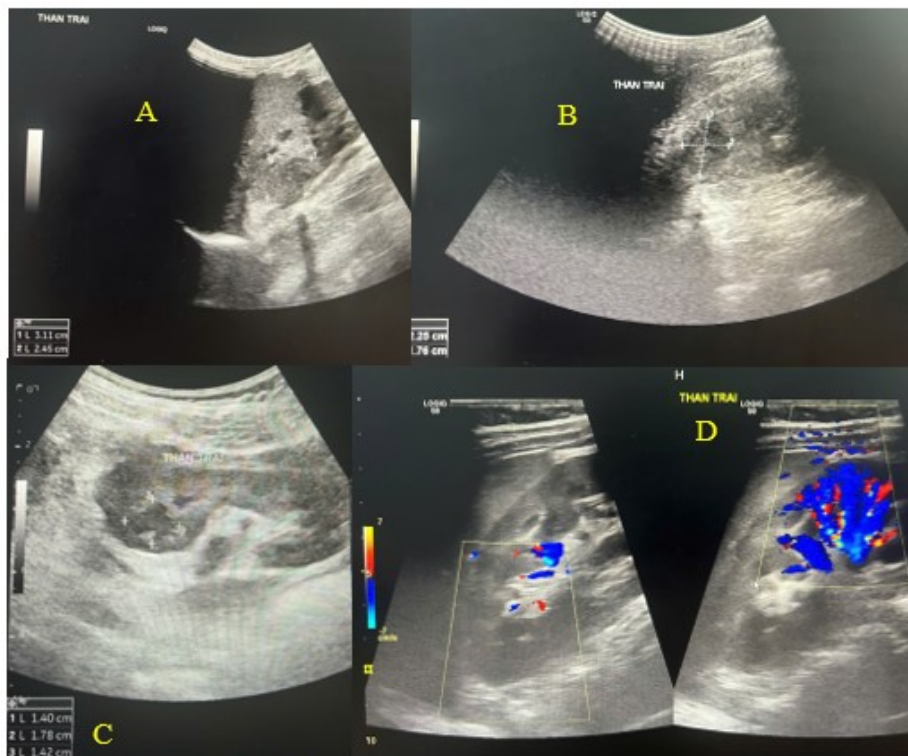
Tình trạng trẻ cải thiện dần trong các ngày tiếp theo, hết sốt sau thay đổi kháng sinh 3 ngày, tình trạng đau hông lưng giảm dần và hết hoàn toàn sau 10 ngày điều trị. Kết quả xét nghiệm máu vào ngày thứ 10 điều trị: Bạch cầu 6,86 G/L, bạch cầu trung tính 4,16 G/L, CRP: 36 mg/l, chức năng gan, thận bình thường, kết quả cấy máu 02 mẫu lấy vào ngày nhập viện âm tính. Trẻ tiếp tục được điều trị kháng sinh và xuất viện sau 19 ngày điều trị trong tình trạng sức khỏe ổn định



Hình 2. Hình ảnh CT bụng sau 2 ngày điều trị cho thấy ổ áp xe ở cực trên thận trái (mũi tên màu vàng) kích thước 35×44mm bên trong có 1 vài ổ dịch hóa nhỏ, có phần vỡ vào phần cao của cơ đáy chậu trái, xung quanh có thâm nhiễm mỡ.

Khi xuất viện trẻ được tiếp tục dùng Cefixime + Linezolid, tái khám theo dõi 1 tuần/lần, tình trạng bệnh nhân ổn định, không tái sốt, không đau hông lưng, kết quả xét nghiệm máu, nước tiểu, chức năng thận bình thường, siêu âm ổ bụng kiểm tra cho thấy ổ áp xe thoái triển dần.

Bệnh nhân được ngừng kháng sinh sau 4 tuần từ khi bắt đầu điều trị và tiếp tục theo dõi định kỳ bằng siêu âm 2 - 4 tuần 1 lần. Sau 2 tháng từ khi phát hiện ổ áp xe siêu âm nhu mô thận hoàn toàn bình thường (Hình 3).



Hình 3. Hình ảnh siêu âm thận trái theo dõi qua các lần kiểm tra sau điều trị cho thấy kích thước ổ áp xe giảm dần, phản ứng viêm (thâm nhiễm) được giới hạn dần. (A: Sau 10 ngày điều trị kích thước 22×28×31mm; B: Sau 3 tuần điều trị kích thước 13×17×22mm); C: Sau 5 tuần điều trị kích thước 14×18×14mm; D: Sau 9 tuần điều trị, không quan sát thấy)

III. BÀN LUẬN

Áp xe thận là một bệnh lý nhiễm trùng hiếm gặp ở trẻ em, thường hình thành do sự tích tụ mủ trong nhu mô thận. Mặc dù hiếm gặp, áp xe thận có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.^{8,9}

Một trong những thách thức chính trong việc chẩn đoán áp xe thận ở trẻ em là các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu. Sốt, đau bụng/hông và buồn nôn/nôn là những triệu chứng thường gặp, nhưng cũng có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác. Trẻ sơ sinh có thể chỉ biểu hiện các triệu chứng không đặc hiệu như bú kém hoặc quấy khóc.^{8,10} Do đó, việc chẩn đoán sớm áp xe thận dựa trên các triệu chứng lâm sàng đơn thuần là rất khó khăn. Bệnh nhân

của chúng tôi có biểu hiện sốt và đau hông lưng trái phù hợp với chẩn đoán áp xe thận trái. Tuy nhiên, trẻ chưa bao giờ bị nhiễm trùng đường tiểu, cũng không có triệu chứng rối loạn tiểu tiện hay tiểu đục khi khởi phát triệu chứng, thăm khám lâm sàng không phát hiện dị dạng đường tiết niệu-sinh dục có thể là các yếu tố làm cho việc chẩn đoán bệnh bị chậm trễ.

Hình ảnh học đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán áp xe thận. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh ban đầu được lựa chọn do tính an toàn, không xâm lấn và chi phí thấp. Siêu âm có thể phát hiện các ổ áp xe dưới dạng các cấu trúc echo trống hoặc giảm âm trong nhu mô thận. Tuy nhiên, siêu âm có thể bỏ sót các ổ áp xe nhỏ hoặc trong giai đoạn

sớm của bệnh. Trong những trường hợp như vậy, chụp cắt lớp vi tính (CT) có cản quang là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán áp xe thận. CT cung cấp hình ảnh chi tiết hơn về ổ áp xe, giúp đánh giá kích thước, vị trí và mức độ lan rộng của áp xe. Ngoài ra, cộng hưởng từ (MRI) cũng có thể được sử dụng để chẩn đoán áp xe thận, đặc biệt ở những bệnh nhân không thể tiêm cản quang. Bệnh nhân của chúng tôi đã được chẩn đoán áp xe thận với chỉ điểm có tình trạng viêm cấp tính trong công thức máu và CRP, ổ nhiễm khuẩn được tìm thấy trên siêu âm và CT ổ bụng.

Điều trị bảo tồn bằng kháng sinh phổ rộng phối hợp đường tĩnh mạch là phương pháp điều trị đầu tay cho áp xe thận ở trẻ em, đặc biệt là những ổ áp xe nhỏ hơn 3cm và đáp ứng tốt với kháng sinh. Tác nhân phổ biến gây áp xe thận được ghi nhận qua các báo cáo ca bệnh là *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* và cầu khuẩn Gram dương, vì vậy kháng sinh đầu tay cần bao phủ được các tác nhân này.¹⁻⁶ Bệnh nhân của chúng tôi lâm sàng không có triệu chứng đường tiết niệu, không có dấu hiệu tổn thương da và cận lâm sàng có tổng phân tích nước tiểu bình thường, cấy máu và cấy nước tiểu âm tính, do đó kháng sinh lựa chọn cần phủ các tác nhân hay gặp, chúng tôi đã lựa chọn kháng sinh bao phủ cả nhóm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu (*Escherichia coli*) và nhóm vi khuẩn gây nhiễm trùng thứ phát (*Staphylococcus aureus*).

So với dẫn lưu hoặc phẫu thuật, điều trị bảo tồn có nhiều ưu điểm, bao gồm: (1) Ít xâm lấn: Tránh được các biến chứng liên quan đến phẫu thuật hoặc dẫn lưu, chẳng hạn như chảy máu, nhiễm trùng và tổn thương các cơ quan lân cận; (2) Rút ngắn thời gian nằm viện: Bệnh nhân điều trị bảo tồn thường có thể xuất viện sớm hơn so với bệnh nhân phẫu thuật hoặc dẫn lưu; (3) Giảm chi phí điều trị: Điều trị bảo

tồn thường ít tốn kém hơn so với phẫu thuật hoặc dẫn lưu. Tuy nhiên, điều trị bảo tồn không phải lúc nào cũng thành công, trong một số trường hợp, dẫn lưu hoặc phẫu thuật có thể là cần thiết, đặc biệt là khi: (1) Áp xe lớn hơn 3cm: Áp xe lớn thường khó điều trị bằng kháng sinh đơn thuần; (2) Không đáp ứng với kháng sinh: Nếu áp xe không giảm kích thước hoặc triệu chứng lâm sàng không cải thiện sau 48 - 72 giờ điều trị kháng sinh, dẫn lưu hoặc phẫu thuật có thể được xem xét; (3) Nhiễm trùng nặng: Bệnh nhân có nhiễm trùng huyết hoặc suy giảm chức năng thận cần được điều trị tích cực hơn, bao gồm dẫn lưu hoặc phẫu thuật.^{1,2,4,6}

Với chẩn đoán sớm và điều trị kháng sinh kịp thời, tiên lượng cho trẻ em bị áp xe thận thường tốt, điều quan trọng là phải theo dõi chặt chẽ bệnh nhân trong quá trình điều trị nội khoa để đảm bảo đáp ứng với kháng sinh và phát hiện sớm các biến chứng. Siêu âm kiểm tra định kỳ được khuyến cáo để theo dõi kích thước áp xe và đánh giá hiệu quả điều trị. Y văn đã báo cáo nhiều trường hợp áp xe thận ở trẻ em được điều trị thành công bằng điều trị nội khoa. Các nghiên cứu này cho thấy điều trị nội khoa có thể là một lựa chọn hiệu quả cho các ổ áp xe nhỏ hơn 3cm và đáp ứng tốt với kháng sinh. Một số báo cáo khác cũng thấy có thể áp dụng cho các ổ áp xe kích thước lớn hơn 3cm, tuy nhiên cần theo dõi sát chặt chẽ toàn trạng và đáp ứng của bệnh nhân để can thiệp ngoại khoa khi cần thiết. Bảng 1 tổng hợp các báo cáo ca bệnh về áp xe thận ở trẻ em, phương pháp điều trị và kết quả điều trị đã được ghi nhận trên thế giới. Bệnh nhân của chúng tôi tại thời điểm chẩn đoán, tình trạng huyết động ổn định, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn huyết nặng, áp xe ổ áp xe có đường kính 29×32mm, phần dịch hóa nhỏ, chúng tôi lựa chọn điều trị nội khoa kháng sinh ban đầu Ceftriaxon và Amikacin. Sau 48 giờ điều trị, bệnh nhân còn

tình trạng sốt và đau hông lưng nhưng huyết động vẫn ổn định, kết quả chụp CT ổ áp xe kích thước tăng lên 35×44mm, bên trong có vài ổ dịch nhỏ, một phần đã vỡ vào cơ đáy chậu, đánh giá chưa đáp ứng với kháng sinh ban đầu nhưng phần dịch hóa có thể dẫn lưu được kích thước nhỏ, chúng tôi quyết định trì hoãn can thiệp, đổi kháng sinh phổ rộng hơn Meronem và Vancomycin, theo dõi đáp ứng lâm sàng, xét nghiệm và siêu âm. Sau 3 ngày đổi kháng sinh tình trạng lâm sàng bệnh nhân cải thiện, hết sốt, đỡ đau hông lưng, siêu âm theo dõi sau đó kích thước ổ áp xe và phần dịch hóa nhỏ đi, chúng tôi tiếp tục điều trị kháng sinh và những lần theo dõi tiếp theo ổ áp xe tiếp tục thoái triển (Hình 3). Do không phát hiện được căn nguyên gây bệnh nên tại thời điểm ra viện chúng tôi lựa chọn kháng sinh kết hợp Cefixim và Linezolid để bao phủ cả hai nhóm vi khuẩn ở trên.

Qua ca bệnh này, chúng tôi nhận thấy việc xem xét tiến hành các cận lâm sàng sớm ở những bệnh nhân sốt dài ngày mà không rõ nguyên nhân để sàng lọc các ổ nhiễm khuẩn sâu, kín đáo mà áp xe thận là một ví dụ. Bên cạnh đó, điều trị nội khoa đơn thuần nên cân nhắc với các ổ áp xe kích thước > 3,0cm tùy theo khả năng theo dõi của mỗi cơ sở y tế và gia đình người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Áp xe thận là một bệnh lý hiếm gặp nhưng có khả năng gây biến chứng nghiêm trọng ở trẻ em. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là rất quan trọng để tối ưu hóa kết quả điều trị. Điều trị bảo tồn bằng kháng sinh đường tĩnh mạch có thể được cân nhắc đối với ổ áp xe có kích thước > 3cm phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và khả năng theo dõi của cơ sở y tế.

Bảng 1. Các báo cáo ca bệnh về áp xe thận ở trẻ em

STT	Tác giả, Năm xuất bản, Quốc gia	Số ca/ Tuổi/ Tác nhân	Kích thước	Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị
1	Jin-Shan Sun và cộng sự 2024, Trung Quốc ¹	Số ca: 20 Tuổi: 3,5 tuổi (09 tháng – 09 tuổi) Tác nhân: <i>Enterococcus faecalis</i> (04/20), <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (02/20), <i>Klebsiella pneumoniae</i> (02/20), <i>Corynebacterium glucose</i> (02/20), <i>Enterobacter avium</i> (01/20), <i>Proteus mirabilis</i> (01/20), không rõ tác nhân (08/20)	24,8 ± 7,3mm (2,3 – 68mm)	- Kháng sinh: Ceftriaxone, cefoperazone-sulbactam, và piperacillin/tazobactam, vancomycin, linezolid. - Thời gian dùng: 26,5 ± 13,5 ngày. Kháng sinh sau ra viện: 21 ± 07 ngày	Hồi phục, 01 bệnh nhân tái phát nhiễm trùng tiểu

STT	Tác giả, Năm xuất bản, Quốc gia	Số ca/ Tuổi/ Tác nhân	Kích thước	Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị
2	Alexandre Neves da Rocha Santos, Maria Cristina Andrade, Eduardo Freitas Hatanaka 2023, Brazil ¹¹	Số ca: 01 Tuổi: 16 tuổi Tác nhân: <i>Klebsiella pneumoniae</i>	5,3x3,8 x3,3cm	- Kháng sinh: Piperacillin/tazobactam. Thời gian dùng: 21 ngày. - Dẫn lưu ổ áp xe qua da.	Hồi phục
3	Xiaojing Zhang, Yi Xie, Guoping Huang, Haidong Fu 2019, Trung Quốc ²	Số ca: 17 Tuổi: 26,4 (1,5 – 163) tháng Tác nhân: <i>E. coli</i> (03/17), <i>Tubercle bacillus</i> (05/17), <i>Enterococcus genus</i> (04/17), <i>Candida albicans</i> (04/17), <i>Xanthomonas, P. aeruginosa, Alcaligenes, Enterobacter cloacae, Enterobacter aerogenes.</i>	-) > 4,0cm: 09 ca 08/09 (89,9%) cần can thiệp phẫu thuật -) ≤ 4,0cm: 07 ca 02/07 (28,6%) cần can thiệp phẫu thuật	- Kháng sinh (17/17): 3 rd -cephalosporin, imipenem, meropenem, vancomycin, nafcillin, fluconazole, thuốc kháng lao. - Phẫu thuật (10/17).	02/17 bệnh nhân cắt bỏ thận
4	Chun-Yu Chen, Huang-Tsung Kuo, Yu-Jun Chang và cộng sự 2016, Đài Loan ³	Số ca: 17 Tuổi: 6,1 ± 4,5 tuổi; (06 tháng đến 15 tuổi) Tác nhân: <i>E. coli</i> (07/17), <i>Klebsiella pneumoniae</i> (07/17), <i>Staphylococcus aureus</i> (01/17), không rõ tác nhân (06/17)	27,8 ± 9,3mm	- Kháng sinh (17/17): Kháng sinh phổ rộng. Thời gian dùng: 16,6 ± 8,8 ngày. - Dẫn lưu ổ áp xe qua da (04/17).	Hồi phục

STT	Tác giả, Năm xuất bản, Quốc gia	Số ca/ Tuổi/ Tác nhân	Kích thước	Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị
5	Secil Conkar, Ipek Kaplan Bulut, Sevgi Mir 2016, Thổ Nhĩ Kỳ ¹²	Số ca: 01 Tuổi: 04 tuổi Tác nhân: Không đề cập	3,5x4,5x4,0cm	Kháng sinh.	Hồi phục
6	Brian J. Linder, Candace F. Granberg 2016, Mỹ ⁴	Số ca: 16 Tuổi: 13 tuổi (01 tháng - 18 tuổi) Tác nhân: <i>E. coli</i> (10/16), <i>S. aureus</i> (01/16), không rõ (05/16)	-) > 3,0cm: 05 ca 03/05 (60,0%) cần can thiệp phẫu thuật -) ≤ 3,0cm: 11 ca 01/11 (9,0%) cần can thiệp phẫu thuật	- Kháng sinh (12/16): Quinolones, dẫn xuất penicillin, cephalosporins. - Dẫn lưu qua da (04/16).	Hồi phục
7	Evi Compoj, Walburga Cassar, Alessandra Farina và cộng sự 2013, Ý ⁵	Số ca: 06 Tuổi: 31 tháng (13 – 104 tháng) Tác nhân: <i>Escherichia coli</i> (04/06), <i>Enterococcus faecalis</i> (01/06) or <i>Enterobacter cloacae</i> complex (01/06).	38mm (25 – 45mm)	Kháng sinh: Kháng sinh phổ rộng. Thời gian dùng: 10 – 21 ngày.	Hồi phục

STT	Tác giả, Năm xuất bản, Quốc gia	Số ca/ Tuổi/ Tác nhân	Kích thước	Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị
8	Luis Seguias, Karthik Srinivasan, Amit Mehta 2012, Mỹ ⁶	Số ca: 36 Tuổi: 9,3 tuổi (0,28 – 17,5 tuổi) Tác nhân: <i>E. coli</i> (18/36), <i>S. aureus</i> (04/36), <i>Citrobacter</i> + <i>Klebsiella</i> (01/36), <i>Salmonella sp.</i> (01/36), <i>Enterococcus sp.</i> (01/36), <i>Streptococcus viridans</i> (01/36), <i>Enterobacter aerogenes</i> (01/36), và <i>Proteus mirabilis</i> (01/36).	-) \geq 3,0cm: 14 ca 10/14 (78%) cần can thiệp xâm lấn -) < 3,0cm: 22 ca 02/22 (10%) cần can thiệp xâm lấn	- Kháng sinh: 29/36 ca dùng cephalosporin II – III; 07/36 dùng aminoglycosides và penicillins. Thời gian trung bình: 14,5 ngày. - Phẫu thuật / Dẫn lưu ổ áp xe qua da: 12/36.	Khỏi bệnh, 02/36 bệnh nhân cắt bỏ thận

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sun JS, Chen C, Tu J, et al. Clinical analysis of pediatric renal abscesses in a single center. Published online May 14, 2024.
- Zhang X, Xie Y, Huang G, et al. Analysis of 17 children with renal abscess. *Int J Clin Exp Pathol.* 2019;12(9):3179-3184.
- Chen CY, Kuo HT, Chang YJ, et al. Clinical assessment of children with renal abscesses presenting to the pediatric emergency department. *BMC Pediatr.* 2016;16(1).
- Linder BJ, Granberg CF. Pediatric renal abscesses: A contemporary series. *J Pediatr Urol.* 2016;12(2):99.e1-99.e5.
- Compoj E, Cassar W, Farina A, et al. Conservative management of paediatric renal abscess. *J Pediatr Urol.* 2013;9(6 PART B):1214-1217.
- Seguias L, Srinivasan K, Mehta A. Pediatric Renal Abscess: A 10-year Single-Center Retrospective Analysis. *Hosp Pediatr.* 2012;2(3):161-166.
- Linder BJ, Granberg CF. Pediatric renal abscesses: A contemporary series. *J Pediatr Urol.* 2016;12(2):99.e1-99.e5.
- Dembry LM, Andriole VT. Renal and perirenal abscesses. *Infect Dis Clin North Am.* 1997;11(3):663-680.
- Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JLB, et al. Renal and perinephric abscesses: Analysis of 65 consecutive cases. *World J Surg.* 2007;31(2):431-436.
- Sosnowska-Sienkiewicz P, Bućko E, Mańkowski P. The Rare Case of Perirenal Abscess in a Child-Possible Mechanisms and Methods of Treatment: A Case Report and Literature Review. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(2):1-7.
- Santos A, Andrade M, Hatanaka E. Renal abscess in pediatrics - Diagnostic

and management difficulties: case report.

Residência Pediátrica. 2023;13(3).

12. Bulut IK, Mir S, Conkar S. Renal

abscess in a previously healthy 4-year-old

girl: A case report. *Pediatr Urol Case Reports*.

2016;3(5):170-175.

Summary

RENAL ABSCESS IN CHILDREN: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Renal abscess in pediatric patients represents a rare but potentially severe infectious condition. Without early diagnosis and timely intervention, this disease may lead to significant complications, including mortality. The therapeutic approach, whether conservative management with antibiotics or surgical intervention, is determined by the size of the abscess and the patient's overall clinical status. This report describes the case of a 10-year-old female patient presenting with high-grade fever, as well as flank and back pain. Laboratory tests revealed elevated infection markers, and imaging confirmed the presence of a renal abscess measuring 35×44mm, which had ruptured into the pelvic floor muscles. The patient received intravenous antibiotic therapy alone, without drainage or surgical intervention. After four weeks of antibiotic administration, clinical symptoms and laboratory abnormalities were resolved completely. Serial ultrasound examinations confirmed progressive regression of the abscess, which was resolved entirely by the eighth week of treatment initiation.

Keywords: Renal abscess, kidney abscess, children, pediatrics.