

NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU VÀ VIÊM PHỔI KÉO DÀI DO LAO Ở TRẺ NHỎ: BÁO CÁO CA BỆNH

Lương Thị Phương^{1,2,✉}, Nguyễn Ngọc Huy²
Nguyễn Thị Bích Ngọc², Nguyễn Thu Hương²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chẩn đoán chính xác bệnh lao ở trẻ vẫn còn là thách thức. Báo cáo trẻ trai 3 tháng tuổi nhập Bệnh viện Nhi Trung ương vì sốt từng cơn, ho. Ban đầu trẻ được chẩn đoán viêm tai giữa cấp – viêm mũi họng điều trị kháng sinh Augmentin x 7 ngày, trẻ ho tăng lên, còn sốt phổi có rale đáy, chụp X-quang ngực có viêm phế quản phổi. Trẻ được tiêm tĩnh mạch Cephalosporin thế hệ III trong 2 ngày, trẻ vẫn sốt, bạch cầu niệu (4+), CRP tăng từ 32,25 mg/l lên 93,32 mg/l. Trẻ được chuyển khoa Thận và Lọc máu với chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu – viêm phổi theo dõi nhiễm khuẩn huyết, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng bình thường, cấy máu, nước tiểu, dịch ty hầu âm tính. Sau 16 ngày điều trị Meronem + Vancomycin trẻ vẫn sốt, ho ít, CPR giảm 23,61 mg/l, bạch cầu niệu (3+), cắt lớp vi tính ngực theo dõi tổn thương dạng lao. Trẻ chuyển sang viện Phổi Trung ương điều trị theo phác đồ lao. Sau 2 tuần trẻ hết sốt, không ho, bạch cầu niệu (-), CRP bình thường, tiếp tục điều trị ngoại trú.

Từ khóa: Lao phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là một trong những nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất trong các bệnh truyền nhiễm, có ít nhất chín triệu ca mới trên toàn thế giới và hai triệu ca tử vong mỗi năm. Khoảng 95% các trường hợp này xảy ra ở các nước đang phát triển.^{1,2} Rất khó để có được số liệu thống kê chính xác về các trường hợp mắc lao ở trẻ em vì nhiều lý do, bao gồm việc phát hiện không đầy đủ, những thách thức trong chẩn đoán xác định và báo cáo không đầy đủ các chương trình chống lao quốc gia. Các biểu hiện lâm sàng và chụp X-quang ở trẻ em ít đặc hiệu hơn so với người lớn và thường bị nhầm lẫn với viêm phổi do vi khuẩn. Việc chẩn đoán xác định bằng vi sinh vật bị hạn chế, nuôi cấy

bệnh lao và các xét nghiệm phân tử có kết quả dương tính ở một số ít trẻ em, thường là <25 - 40% trẻ em mắc bệnh lao.³ Ngoài ra, thường có những thách thức trong việc lấy đủ mẫu bệnh phẩm từ trẻ nhỏ. Báo cáo toàn cầu năm 2017 của Tổ chức Y tế Thế giới tuyên bố rằng bệnh lao ngoài phổi chiếm 15% tổng số ca bệnh lao trên thế giới.⁴ Bệnh lao sinh dục tiết niệu được báo cáo 20% - 70% trong số tất cả các trường hợp lao ngoài phổi. Đây là dạng lao ngoài phổi phổ biến thứ hai sau lao hạch.² Bệnh lao đường tiết niệu là một trường hợp hiếm gặp ở trẻ em, chiếm chưa đến 5% bệnh lao ngoài phổi ở trẻ em.⁴ Chẩn đoán bệnh lao (TB) ở trẻ em vẫn là một thách thức và thường chỉ được nghĩ đến sau khi trẻ không đáp ứng với các điều trị với các bệnh khác. Hầu hết trẻ mắc bệnh lao phổi không nặng đều không được xác nhận về mặt vi khuẩn học, mặc dù có tiền sử phơi nhiễm, xác nhận nhiễm lao thường dựa trên xét nghiệm miễn dịch và các đặc điểm lâm sàng phù hợp.⁵

Tác giả liên hệ: Lương Thị Phương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: luongphuong2233@gmail.com

Ngày nhận: 04/03/2025

Ngày được chấp nhận: 11/05/2025

Chúng tôi báo cáo một ca bệnh không điển hình là trẻ trai 3 tháng tuổi đã tiêm phòng lao nhưng chưa hình thành sẹo lao, không có tiền sử dịch tễ tiếp xúc với người bị lao, bố mẹ trẻ cũng không bị ho kéo dài. Trẻ được chẩn đoán viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu dai dẳng do lao nhờ hình ảnh viêm phổi đặc trưng do lao trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trẻ trai 3 tháng tuổi, con đầu, đẻ thường đủ tháng, đã tiêm phòng lao lúc 20 ngày tuổi nhưng chưa có sẹo lao vào Bệnh viện Nhi Trung ương khám vì sốt ngày thứ hai ho đờm, chảy mũi, không khó thở bú được. Xét nghiệm máu lúc vào viện: Bạch cầu 17,8 G/l (bạch cầu trung tính 36,9%; lympho: 45,6%), Hemoglobin 98 g/l (MCV: 77,9fl; MCH: 26 pg/l), Tiểu cầu 610 G/l, CRP: 32,25 mg/l. Nội soi tai mũi họng: viêm tai giữa cấp hai bên, viêm mũi họng cấp. Trẻ được nhập viện điều trị kháng sinh uống Augmentin trong 7 ngày. Trẻ có giảm sốt nhưng vẫn sốt 1 - 2 cơn/ngày, ngày thứ 7 của bệnh trẻ sốt cao trở lại, 39 độ, ho nhiều hơn, khám thấy trẻ không khó thở, không ban da, màng nhĩ hai tai còn ít dịch trong, phổi thông khí đều hai bên có rale ngáy. Trẻ được chuyển sang dùng kháng sinh cephalosporin thế hệ III tiêm tĩnh mạch và xét nghiệm lại máu: Bạch cầu 22,27 G/l (bạch cầu trung tính 47%; lympho: 21,9%), Hemoglobin

86 g/l (MCV: 71,7fl; MCH: 23,9 pg/l), Tiểu cầu 310 G/l, CRP: 93,32 mg/l. Chức năng thận, men tim, và Ferritin máu bình thường (ure:2,6 mmol/l; creatinin: 16,6 μ mol/l; proBNP: 70; Troponin I: 0,005; Ferritin: 218,3 g/l). X-quang ngực thẳng: có đám mờ rải rác vùng rốn phổi hai bên. Xét nghiệm tế bào cận nước tiểu: Bạch cầu (3+); Hồng cầu (2+). Tổng phân tích nước tiểu: pH: 8,0; Bạch cầu (+); Hồng cầu (-); nitrit (-). Trẻ được chuyển đến khoa Thận và Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương với chẩn đoán Nhiễm khuẩn tiết niệu – viêm phế quản phổi – theo dõi nhiễm khuẩn huyết.

Tại khoa Thận – Lọc máu trẻ được xét nghiệm nuôi cấy dịch tỵ hầu, nước tiểu, máu để tìm căn nguyên gây bệnh, tiếp tục điều trị cephalosporin thế hệ III kết hợp Amikacin tiêm tĩnh mạch trong 3 ngày. Trẻ có giảm sốt hơn, nhiệt độ cao nhất là 38,5°C, cơn sốt có thưa hơn, còn 1 - 2 cơn sốt 1 ngày nhưng CRP không cải thiện (Bảng 1). Các xét nghiệm nuôi cấy dịch tỵ hầu, nước tiểu giữa dòng, và máu đều âm tính, PCR 7 vi khuẩn (*Mycoplasma*, *B. pertusis*, *Phế cầu*, *Chlamydia*, *Hemophilus Influenza*, *L. pneumophila*, *B. parapertusis*) âm tính; PCR virus (*Adeno*, *Enterovirus*, *Parainfluenza* 1, 2, 3, 4) đều âm tính. Chúng tôi quyết định chuyển điều trị kháng sinh tiêm tĩnh mạch Meronem phối hợp Vancomycin.

Bảng 1. Diễn biến một số xét nghiệm của trẻ tại Khoa Thận – Lọc máu

Xét nghiệm		11/12/2024 (sau 3 ngày điều trị tại khoa Thận)	16/12/2024	24/12/2024
Công thức máu	Bạch cầu tổng (G/l)	25,77	12,7	12,56
	Bạch cầu trung tính (%)	51,4	40,1	42
	Bạch cầu lympho (%)	36,8	45,3	44,1
	Hemoglobin (g/l)	87	80	83
	MCV (fl)	87	71,9	69,4
	MCH (pg/l)	23,7	23,2	22,5
	Tiểu cầu	782	713	603

	Xét nghiệm	11/12/2024 (sau 3 ngày điều trị tại khoa Thận)	16/12/2024	24/12/2024
<i>Tổng phân tích nước tiểu</i>	Bạch cầu	-		-
	Hồng cầu	Vết		+++
	PH	8,0		7,5
<i>Tế bào cặn niệu</i>	Hồng cầu	-	+	+
	Bạch cầu	++	++	+++
<i>Sinh hóa máu</i>	Ure (mmo/l)	2,7	1,3	1,6
	Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	18,1	9,0	13,1
	CRP (mg/l)	90,41	21,67	23,61

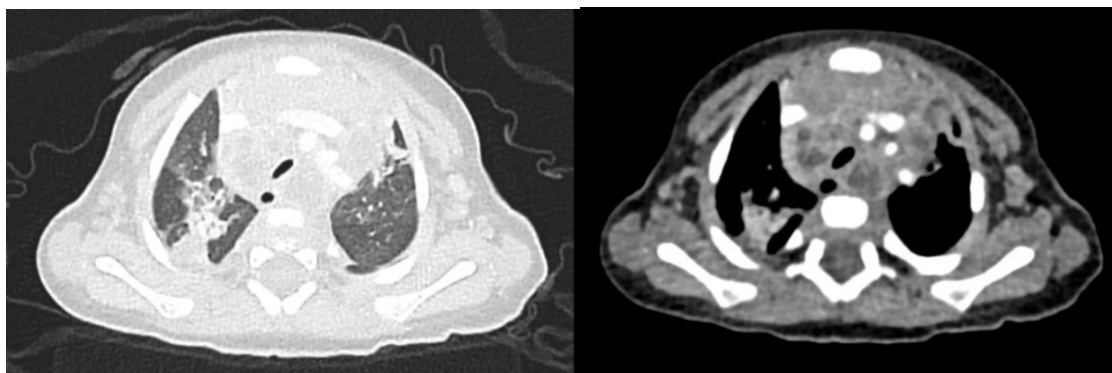
Trẻ có tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu có sốt bạch cầu máu và CRP tăng cao, nhưng hình ảnh siêu âm ổ bụng của trẻ bình thường, không có bất thường về hình thái hệ thận tiết niệu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho trẻ để tìm ổ áp xe ở thận. Hình ảnh chụp cắt lớp ổ bụng của trẻ cũng bình thường. Sau 16 ngày điều trị, trẻ vẫn sốt nhẹ 1 - 2 cơn/ngày, ho ít không khó thở, bú tốt, tiểu bình thường không có ban da, phổi thông khí đều hai bên, thô không có rale, CRP có cải thiện giảm xuống 23,6 mg/l nhưng trẻ vẫn còn bạch cầu niệu nhiều. Siêu âm bụng có hình ảnh tăng nhu động một số quai ruột, nhu mô thận hai bên tăng âm nhẹ. X-quang ngực thẳng có hình ảnh mờ tập trung cạnh rốn phổi hai bên, dày thành phế quản, trung thất trên rộng, siêu âm màng phổi có hình ảnh đông đặc nhu mô phổi trái cạnh tim kích thước 14x7mm, không thấy dày màng phổi, không có dịch màng phổi. Trẻ trong báo cáo của chúng tôi mới 3 tháng tuổi, đã tiêm phòng lao lúc 20 ngày tuổi nhưng tại thời điểm điều trị đợt này trẻ chưa có sẹo lao. Trẻ là con đầu, gia đình trẻ bao gồm ông bà và bố mẹ trẻ không bị ho kéo dài và không có tiền sử mắc lao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành chụp cắt lớp vi tính lồng ngực thì kết quả trên phim là ổ viêm hốc hóa phân thùy lưới phổi trái,

nhiều hạch quanh vị trí đoạn thấp khí quản và quanh phế quản gốc hai bên tạo đám và ngấm thuốc dạng viền – theo dõi tổn thương dạng lao (Hình 1).

Trẻ được chuyển sang Bệnh viện Phổi Trung ương điều trị. Tất cả các xét nghiệm huyết thanh học tìm vi khuẩn lao đều âm tính nên trẻ được chẩn đoán lao phổi âm tính về vi khuẩn học và được điều trị theo phác đồ (Rifampixin + Isoniazid + Pyrazinamid + Ethambutol). Sau 2 tuần trẻ hết sốt, hết ho, xét nghiệm CRP máu bình thường, Bạch cầu niệu âm tính. Trẻ được ra viện tiếp tục điều trị ngoại trú.

III. BÀN LUẬN

Bệnh lao là một trong những nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất trong các bệnh truyền nhiễm, có ít nhất chín triệu ca mới trên toàn thế giới và hai triệu ca tử vong mỗi năm. Khoảng 95% các trường hợp này xảy ra ở các nước đang phát triển.^{1,2} Khi đã bị nhiễm vi khuẩn lao, trẻ nhỏ (< 5 tuổi) có nguy cơ tiến triển thành bệnh cao hơn người lớn, bao gồm cả các thể tổn thương nặng. Nếu không tiêm vắc-xin Bacille Calmette-Guerin (BCG), khoảng 30% trẻ sơ sinh bị nhiễm vi khuẩn lao (< 1 tuổi) sẽ tiến triển thành bệnh lao trong lồng ngực và 10 - 20% sẽ phát triển thành lao toàn thể. Ở trẻ em từ 1 - 2 tuổi, nguy cơ tiến triển thành bệnh



Hình 1. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực tổn thương viêm của trẻ

lao phổi là 10 - 20% và 2 - 5% đối với bệnh lao toàn thể.⁵ Ở các nước đang phát triển, lao là một trong những tác nhân gây viêm phổi mắc phải trong cộng đồng. Một tổng quan hệ thống cho thấy hơn 10% bệnh nhân mắc viêm phổi mắc phải trong cộng đồng ở Châu Á là do lao.^{6,7} HamidReza Naderi đã báo cáo có 17,5% trong số 120 bệnh nhân viêm phổi mắc phải trong cộng đồng được chẩn đoán mắc lao tại Bệnh viện Imam Reza ở Mashhad, Iran.⁶ Do đó, cần phải xác định viêm phổi do lao ở những bệnh nhân viêm phổi mắc phải trong cộng đồng tại các vùng lưu hành bệnh lao. Theo bản đồ lao thế giới báo cáo năm 2018 Việt Nam vẫn nằm trong những nước có tỷ lệ lưu hành lao cao 100 - 199/100.000 dân.⁶ Do đó, chẩn đoán sớm là rất quan trọng, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, những đối tượng có nguy cơ phát triển bệnh lao nhanh nhất.⁵

Viêm phổi do lao có biểu hiện lâm sàng tương tự như viêm phổi mắc phải ở cộng đồng do các căn nguyên khác. Chẩn đoán chính xác bệnh lao ở trẻ vẫn còn là thách thức. Các biểu hiện lâm sàng và chụp X-quang ở trẻ em ít đặc hiệu hơn so với người lớn và thường có những thách thức trong việc lấy đủ mẫu bệnh phẩm từ trẻ nhỏ. Việc chẩn đoán xác định bằng vi sinh vật bị hạn chế, nuôi cấy bệnh lao và các xét nghiệm phân tử có kết quả dương tính ở một

số ít trẻ em, thường là <25 - 40% trẻ em mắc bệnh lao.³ Ca bệnh của chúng tôi là trẻ còn ở lứa tuổi rất nhỏ với 3 tháng tuổi, trẻ đã được tiêm phòng lao lúc 20 ngày tuổi nhưng chưa hình thành sẹo lao. Khởi phát bệnh của trẻ cũng là biểu hiện của viêm đường hô hấp trên với ho, chảy mũi, sốt khám có viêm tai giữa cấp hai bên điều trị bằng kháng sinh đường uống 7 ngày viêm tai và mũi họng có giảm nhưng trẻ vẫn sốt, ho tăng thêm bắt đầu viêm phổi và kèm theo có nhiễm trùng đường tiểu. Chúng tôi đã xét nghiệm để tìm căn nguyên gây viêm phổi và nhiễm khuẩn đường tiểu bao gồm nuôi cấy dịch tỵ hầu, nước tiểu giữa dòng, và máu đều âm tính, PCR 7 vi khuẩn (*Mycoplasma*, *B. pertussis*, *Phế cầu*, *Chlamydia*, *Hemophilus Influenza*, *L. pneumophila*, *B. paraptetosis*) âm tính; PCR virus (*Adeno*, *Enterovirus*, *Parainfluenza* 1, 2, 3, 4) đều âm tính. Chúng tôi đã dùng kháng sinh mạnh phổ rộng là Meronem và Vancomycin. Trẻ hầu như không có đáp ứng với điều trị. Trẻ vẫn sốt, ho có giảm, CRP có giảm nhưng X-quang tim phổi có hình ảnh mờ tập trung cạnh rốn phổi hai bên, dày thành phế quản, trung thất trên rộng (ảnh...), siêu âm màng phổi có hình ảnh đông đặc nhu mô phổi trái cạnh tim kích thước 14x7mm, không thấy dày màng phổi, không có dịch màng phổi. Siêu âm bụng có hình ảnh tăng nhu động một số quai ruột, nhu mô thận hai bên

tăng âm nhẹ, xét nghiệm tế bào vẫn có bạch cầu niệu (+++).

Vì chẩn đoán xác định về mặt vi khuẩn học rất khó trong nhiều trường hợp lao ở trẻ em, nên việc tiếp cận chẩn đoán xác định một cách có hệ thống là rất cần thiết. Đầu tiên, cần loại trừ các căn nguyên vi khuẩn và virus khác gây viêm phổi và đánh giá kết quả không đáp ứng với điều trị cũng góp phần chẩn đoán lao ở trẻ em. Phương pháp tiếp cận có hệ thống để chẩn đoán bệnh lao ở trẻ em bao gồm: xác định biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh gợi ý lao; các xét nghiệm xác định căn nguyên là vi khuẩn lao; sàng lọc các yếu tố nguy cơ tiến triển thành bệnh; và đánh giá theo dõi để hỗ trợ thêm.⁵ Chúng tôi nhận thấy trẻ có biểu hiện viêm phổi và nhiễm khuẩn tiết niệu dai dẳng, không đáp ứng với điều trị kháng sinh, sốt kéo dài, xét nghiệm công thức máu ngoại vi của trẻ có số lượng bạch cầu trung tính và lympho của trẻ không giảm, nên chúng tôi không nghĩ đến chẩn đoán trẻ có khả năng bị suy giảm miễn dịch. Trẻ đã tiêm phòng lao lúc 20 ngày tuổi, nhưng chưa hình thành sẹo, gia đình trẻ không có ai bị ho kéo dài hay đã có tiền sử mắc lao. Tuy nhiên, trên phim X-quang tim phổi và siêu âm màng phổi có hình ảnh đông đặc nhu mô phổi trái cạnh tim. Chẩn đoán hình ảnh là xét nghiệm không thể thiếu trong chẩn đoán viêm phổi do lao cấp tính. Đặc điểm X-quang của viêm phổi do lao là hình ảnh đông đặc đồng nhất nhu mô phổi xung quanh các phế quản bị tổn thương. Sau đó các tổn thương đông đặc sẽ hoại tử tạo thành các ổ. Một nghiên cứu hồi cứu trên 59 bệnh nhân lao phổi cho thấy 67,8% đông đặc nhu mô phổi chủ yếu là ở thùy trên, 9 trường hợp đông đặc thùy giữa phổi.⁶ Trẻ trong báo cáo của chúng tôi mới 3 tháng tuổi nhưng lại có hình ảnh đông đặc nhu mô phổi trái cạnh tim, Vì vậy, chúng tôi tiến hành chụp cắt lớp vi tính lồng ngực để tìm các hình ảnh tổn thương

đặc trưng ở phổi của trẻ. Kết quả phim cho thấy ổ viêm hốc hóa phân thùy lưỡi phổi trái, nhiều hạch quanh vị trí đoạn thấp khí quản và quanh phế quản gốc hai bên tạo đám và ngấm thuốc dạng viên. Đây là một tổn thương đặc trưng của lao. Trẻ được chuyển sang Bệnh viện Phổi Trung ương điều trị. Tất cả các xét nghiệm huyết thanh học tìm vi khuẩn lao tại Bệnh viện Phổi Trung ương đều âm tính. Kết quả này có thể giải thích là do tỷ lệ viêm phổi ở trẻ em do lao có kết quả phân lập vi khuẩn lao dương tính được báo cáo thường rất thấp như báo cáo của Nantongo ở Uganda chỉ 6,3%.⁸ Trẻ được chẩn đoán lao phổi âm tính về vi khuẩn học và được điều trị theo phác đồ (Rifampixin + Isoniazid + Pyrazinamid + Ethambutol). Sau 2 tuần trẻ hết sốt, hết ho, xét nghiệm CRP máu bình thường, Bạch cầu niệu âm tính. Hiện trẻ được ra viện tiếp tục điều trị ngoại trú theo phác đồ lao.

IV. KẾT LUẬN

Chúng tôi báo cáo một ca bệnh nhằm khuyến cáo các bác sĩ lâm sàng về một trường hợp không điển hình là trẻ trai 3 tháng tuổi sốt kéo dài, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu dai dẳng, đã được tiêm phòng lao nhưng chưa hình thành sẹo lao, không đáp ứng với điều trị kháng sinh, sốt dai dẳng. Trẻ đã được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu – viêm phổi do lao dựa trên hình ảnh viêm phổi đặc trưng trong lao trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và điều trị theo phác đồ lao trẻ cải thiện lâm sàng hết sốt, hết ho, bạch cầu niệu âm tính.

Cam kết không xung đột lợi ích

Các tác giả xin cam kết không có bất kì xung đột lợi ích nào liên quan đến quá trình viết bài báo cáo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sourial MW, Brimo F, Horn R, et al. Genitourinary tuberculosis in North America:

A rare clinical entity. *Can Urol Assoc J*. 2015;9(7-8):E484-E489. doi:10.5489/cuaj.2643

2. Kardani AK, Subandiyah K. Genitourinary tuberculosis in 2-year-old Indonesian boy with malnutrition: A rare case. *Urology Case Reports*. 2020;33:101365. doi:10.1016/j.eucr.2020.101365

3. Thomas TA. Tuberculosis in children. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(4):893-909. doi:10.1016/j.pcl.2017.03.010

4. Nataprawira HM, Pratama AA, Widiasta A, et al. Complicated Urinary Tract Tuberculosis in a 13-Year-Old Adolescent with Chronic Kidney Disease and Antituberculous Drug-Induced Hepatotoxicity. *Case Rep Infect Dis*. 2019;2019:7370150. doi:10.1155/2019/7370150

5. Roya-Pabon CL, Perez-Velez CM.

Tuberculosis exposure, infection and disease in children: a systematic diagnostic approach. *Pneumonia*. 2016;8(1):23. doi:10.1186/s41479-016-0023-9

6. Wei M, Yongjie Zhao, Zhuoyu Qian, et al. Pneumonia caused by Mycobacterium tuberculosis. *Microbes Infect*. 2020;22(6):278-284. doi:10.1016/j.micinf.2020.05.020

7. Peto L, Nadjm B, Horby P, et al. The bacterial aetiology of adult community-acquired pneumonia in Asia: a systematic review. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2014;108(6):326-337. doi:10.1093/trstmh/tru058

8. Nantongo JM, Wobudeya E, Mupere E, et al. High incidence of pulmonary tuberculosis in children admitted with severe pneumonia in Uganda. *BMC Pediatr*. 2013;13:16. doi:10.1186/1471-2431-13-16

Summary

URINARY TRACT INFECTION AND PERSISTENT PNEUMONIA DUE TO TUBERCULOSIS: A PEDIATRIC CASE REPORT

Confirmed diagnosis of tuberculosis in children remains a challenge. This report describes a 3-month-old boy admitted to the National Children's Hospital due to intermittent fever and cough. He was initially diagnosed with acute otitis media and rhinopharyngitis and was treated with Augmentin for seven days. However, fever continued, and a chest X-ray revealed bronchopneumonia. Despite receiving a two-days course of intravenous third-generation cephalosporin, fever persisted, with leukocytes in the urine (4+) and an increase in CRP levels from 32.25 mg/L to 93.32 mg/L. Consequently, he was transferred to the Nephrology and Dialysis Department with a diagnosis of urinary tract infection and pneumonia, with suspected sepsis. His abdominal CT scan appeared normal, and blood, urine, and nasopharyngeal cultures were negative. After 16 days of treatment with Meronem and Vancomycin, he remained febrile, with mild coughing. His CRP levels had decreased to 23.61 mg/L, but leukocytes in the urine remained (3+). A chest CT scan revealed lesions suggestive of tuberculosis. He was transferred to the Central Lung Hospital for tuberculosis treatment. After two weeks, the child became afebrile, with no cough, negative leukocytes in the urine, and normal CRP levels. He continued to receive outpatient treatment.

Keywords: Tuberculosis, urinary tract infection.