

# BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP NHIỄM NẤM HISTOPLASMA LAN TOẢ VÀ NHIỄM CMV TỦY XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN KHÔNG NHIỄM HIV

Lê Thị Họa<sup>1,✉</sup>, Lương Hương Giang<sup>1</sup>  
Đỗ Duy Cường<sup>2</sup>, Phạm Thị Thảo Hương<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo về một trường hợp đồng thời nhiễm nấm *Histoplasma lan toả* và nhiễm Cytomegalo virus (CMV) tủy xương ở bệnh nhân không nhiễm HIV được chẩn đoán, điều trị tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Bạch Mai. Đây là ca bệnh đầu tiên được báo cáo tại Việt Nam. Bệnh nhân nam 52 tuổi tiền sử khoẻ mạnh vào vì sốt kéo dài hơn 1 tháng, gầy sút cân. Bệnh nhân được làm huyết tuỷ đồ và sinh thiết tuỷ xương có hình ảnh nhiễm nấm trong tuỷ xương và hình ảnh mất cú. Kết quả PCR CMV trong máu và dịch tuỷ xương dương tính, cấy dịch tuỷ xương sau 33 ngày định danh ra *Histoplasma capsulatum*. Bệnh nhân đã điều trị thành công với Amphotret, Ganciclovir nội trú trong 14 ngày và tiếp tục điều trị ngoại trú Itraconazole, valganciclovir. Sự xuất hiện nhiễm nấm *Histoplasma lan toả* tại Việt Nam đã hiếm nhưng lại đồng nhiễm cả CMV ở người có tiền sử bệnh tật khỏe mạnh thì lần đầu tiên được báo cáo tại Việt Nam. Cần có nghiên cứu, tìm hiểu sâu hơn về trường hợp ca bệnh đặc biệt này.

**Từ khóa:** *Histoplasma*, Cytomegalovirus (CMV), không nhiễm HIV.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Histoplasmosis là bệnh nấm dịch tế phổ biến trên thế giới và hay gặp nhất ở vùng lưu hành của bệnh như ở thung lũng sông Ohio và Mississppi tuy nhiên lại hiếm gặp ở Việt Nam.<sup>1-3</sup> Miễn dịch tế bào được coi là cơ chế bảo vệ chính của vật chủ chống lại *H.capsulatum*. Tế bào T-CD4 kích hoạt đại thực bào tiêu diệt nấm, chính đại thực bào hỗ trợ lan truyền nấm qua đường bạch huyết tới hạch kế cận và từ đó lây theo đường máu tới hệ liên võng nội mô. Không kích hoạt được khả năng diệt nấm của đại thực bào làm tăng nguy cơ mắc *H.capsulatum* lan toả vì thế bệnh hay gặp ở người ức chế miễn dịch (HIV/AIDS, ghép tuỷ xương, ghép tạng đặc hoặc sử

dụng corticoid kéo dài...) hoặc tuổi cao.<sup>4</sup> Nấm mốc *H. capsulatum* thường liên quan đến đất ẩm, đặc biệt nơi giàu phân chim và phân dơi, dạng này không gây bệnh và có thể được nuôi cấy ở trong phòng thí nghiệm ở nhiệt độ phòng, thường từ 20 - 25°C. Nhiễm trùng phát triển khi vi bào tử nấm được hít vào phổi, tại đây chúng biến đổi thành dạng nấm men gây bệnh. Đặc biệt bệnh cảnh lâm sàng không đặc hiệu, không có nhiều xét nghiệm chẩn đoán kèm theo nuôi cấy khó khăn, tỉ lệ tử vong cao nếu không được điều trị do đó việc phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ lâm sàng và cận lâm sàng là rất quan trọng để quyết định điều trị sớm, cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

Nhiễm trùng CMV rất đa dạng và hầu như phụ thuộc vào đáp ứng miễn dịch của vật chủ. Nhiễm CMV ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch gây bệnh nặng và tử vong đáng kể, đặc biệt các trường hợp ghép tạng, người nhiễm HIV/AIDS.

Tác giả liên hệ: Lê Thị Họa

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: lethihoahoa@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 16/05/2022

Ngày được chấp nhận: 06/06/2022

Nhiễm trùng CMV ở vật chủ có miễn dịch bình thường thì thường không có triệu chứng hoặc biểu hiện triệu chứng của hội chứng tăng bạch cầu đơn nhân.

Như vậy, cả nhiễm trùng Histoplasmosis lan tỏa và nhiễm CMV tạng đều hay gặp và nặng ở đối tượng suy giảm miễn dịch. Trên thế giới, một số ca bệnh hoặc nghiên cứu đã đề cập vấn đề đồng nhiễm này nhưng thường trên bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS hoặc bệnh nhân bị bệnh máu, ung thư có dùng thuốc ức chế miễn dịch. Hiếm ghi nhận ở những người có tiền sử khỏe mạnh.

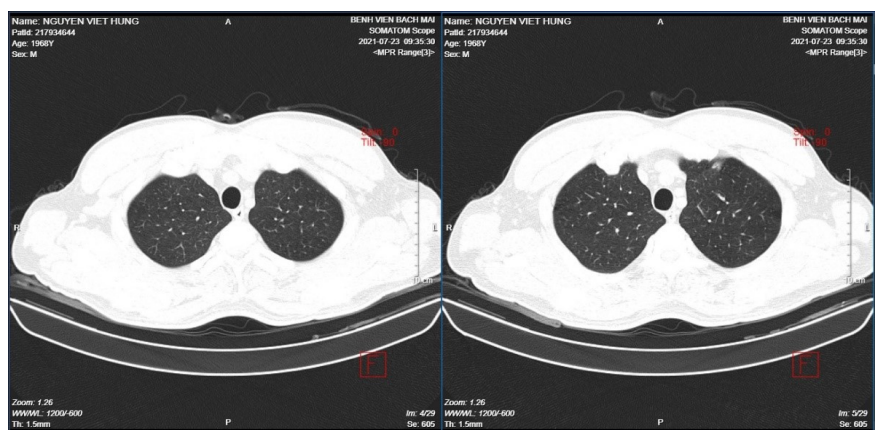
## II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 52 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, sống tại Hà Nội làm nghề vận chuyển hàng hoá, có hàng xóm nuôi nhiều chim. Trước vào viện 1 tháng, bệnh nhân sốt 38°C, rét run, đau bụng mạn sườn trái, đi khám bệnh viện E điều trị không rõ thuốc sau vài ngày thì hết đau bụng nhưng còn sốt thất thường 39°C, có rét run, sốt liên tục trong 15 ngày, cắt sốt được 5 ngày sau sốt lại, gầy sút 8 kg/tháng, khám có lách to độ 1, gan mấp mé bờ sườn, xét nghiệm công thức máu tiểu cầu giảm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CLVT) hình ảnh lách to, hạch ổ bụng. Do chưa tìm được nguyên nhân gây sốt nên bệnh nhân

được chuyển đến bệnh viện Bạch Mai ngày 23/7/2021 trong tình trạng tỉnh, còn sốt nóng 39 - 40°C liên tục, không ho, không khó thở, có nấm miệng, dấu hiệu nhiễm trùng không rõ ràng, gan to dưới bờ sườn 4cm, đại tiểu tiện bình thường.

Tại Trung tâm bệnh nhiệt đới, bệnh nhân được điều trị kinh nghiệm theo hướng nhiễm khuẩn huyết Imipenem 2 g/ngày, Itraconazole 200 mg/ngày, đồng thời tiếp tục đánh giá các căn nguyên gây sốt kéo dài. Các xét nghiệm bổ thể C3, C4 trong giới hạn bình thường. Kháng thể kháng nhân và kháng thể dsDNA, kháng thể kháng phospholipid IgG/IgM, kháng thể kháng cardiolipin IgG/IgM, kháng thể kháng beta2 glycoprotein IgG/IgM đều âm tính, các xét nghiệm đánh giá kí sinh trùng kí sinh trùng sốt rét, soi phân tìm trứng giun sán, huyết thanh chẩn đoán *S. stercoralis*, *Toxocara*, HIV Ab đều âm tính.

Cắt lớp vi tính lồng ngực có vài tổn thương nốt đồng đặc nhỏ ở đỉnh phổi trái. Bệnh nhân được tiến hành lấy xét nghiệm tầm soát lao AFB đờm 3 lần âm tính, Gen Xpert, vi khuẩn, vi nấm nuôi cấy dịch phế quản âm tính. Các mẫu máu được lấy nhiều thời điểm khi bệnh nhân sốt nuôi cấy vi khuẩn, vi nấm đều không mọc khuẩn lạc.



Hình 1. CLVT lồng ngực hình ảnh tổn thương nốt đồng đặc phổi nhỏ ở đỉnh phổi trái

Cắt lớp vi tính ổ bụng hình ảnh gan lách to, hạch cạnh tâm vị và dọc động mạch chủ bụng. Không thấy có áp xe các tạng trong ổ bụng, nội soi đường tiêu hoá không thấy bất thường,

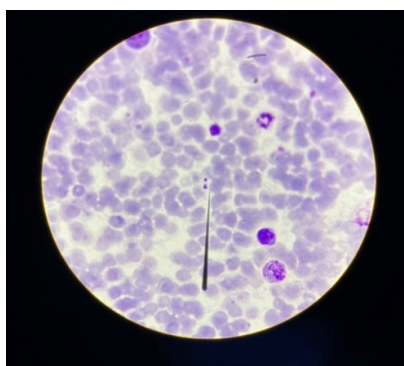
không có tổn thương sùi, van tim - tim. Các xét nghiệm cơ bản có tình trạng giảm tiểu cầu, thiếu máu nhẹ và tăng Ferritin. Diễn biến như bảng dưới đây:

**Bảng 1. Xét nghiệm công thức máu và hoá sinh máu**

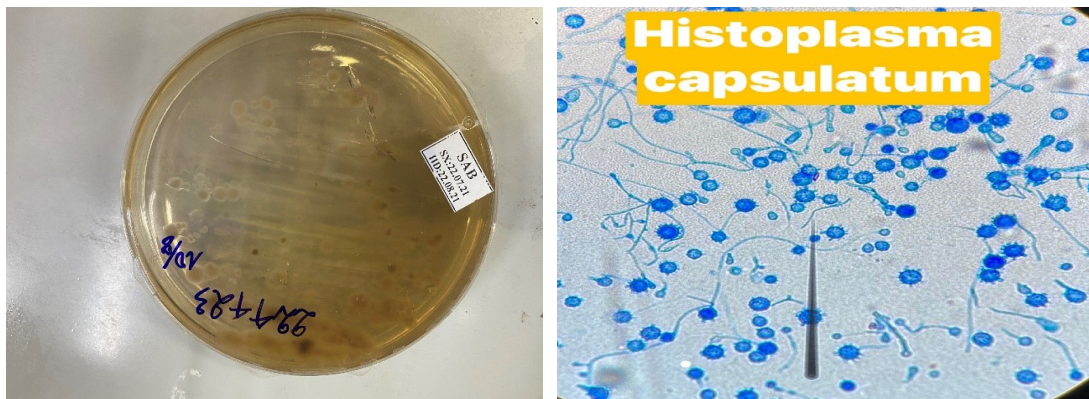
Chi số xét nghiệm	Ngày	10/7/2021	23/7/2021	28/7/2021
Hồng cầu (T/l)		4,5	3,57	3,74
Hemoglobin (g/l)		117	96	102
Tiểu cầu (G/l)		102	21	48
Bạch cầu (G/l)		11,9	3,7	2,84
Máu lắng 1h/2h			6/14	9/25
CD4 (tế bào/mm <sup>3</sup> )				211
CRPhs			14,4	
Ferritin			32.565	14.972
CMV PCR (copies/ml)				3320

Tuy nhiên, xét nghiệm máu ngoại vi của bệnh nhân giảm cả ba dòng, ferritin tăng cao cùng hình ảnh gan lách to, hạch ổ bụng, bệnh nhân vẫn sốt liên tục sau 5 ngày điều trị kháng sinh, chúng tôi tiếp tục tìm kiếm căn nguyên sốt kéo dài hướng nhiều đến bệnh lý ác tính huyết học. Huyết tuỷ đồ ngày 28/7/2021 cho thấy hình ảnh tăng đại thực bào nghi ngờ nhiễm nấm trong tuỷ xương. Chúng tôi đã hội chẩn lại

tiêu bản với giải phẫu bệnh, vi sinh và ngay lập tức tiến hành điều trị ngay bằng Amphotret liều 0,7 mg/kg/ngày, điều chỉnh rối loạn điện giải. Sinh thiết tuỷ xương ngày 3/8/2021 hình ảnh tuỷ tăng đại thực bào, có một số đại thực bào chứa tiểu thể nghi tới nấm và một số tế bào mất cú (theo dõi CMV) và kết quả PCR CMV dịch tuỷ xương dương tính. Bệnh nhân điều trị thêm Ganciclovir 5 mg/kg IV q12h.



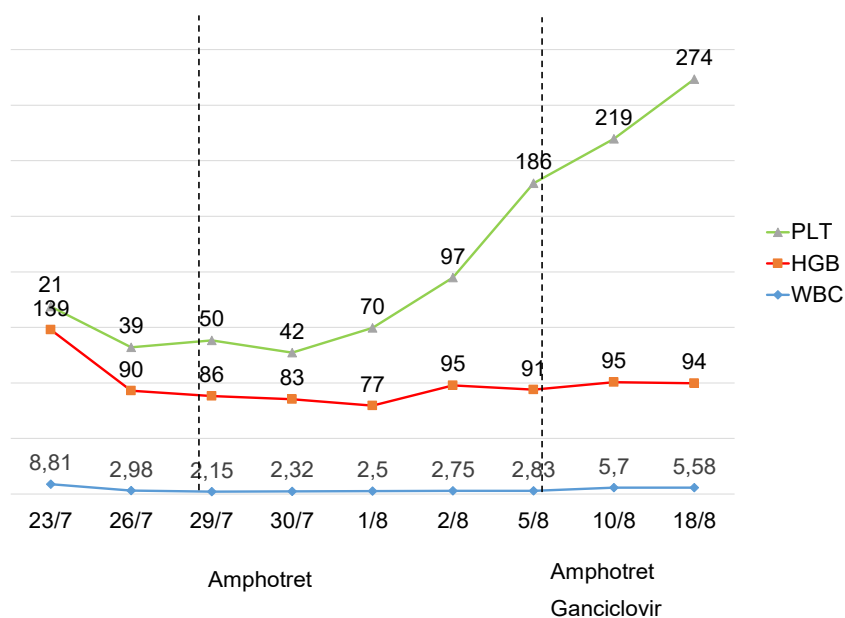
**Hình 2. Hình ảnh nấm men trên tiêu bản tuỷ đồ**



**Hình 3. Kết quả nuôi cấy mọc H.capsulatum: (a) khuẩn lạc, (b) hình ảnh nhuộm soi cho kết quả hình ảnh nấm dạng sợi, màu trắng**

Bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ trên lâm sàng và các xét nghiệm cơ bản đánh giá đáp ứng điều trị và các tác dụng phụ của thuốc. Trong quá trình điều trị bệnh nhân giảm sốt, sốt 1 - 2 cơn trong ngày, cao nhất 39,4°C, chủ yếu khi truyền amphotret và cắt hoàn toàn sốt sau 21 ngày, công thức máu cải thiện ba dòng, chức năng gan thận, đường máu trong giới hạn bình thường, ferritin giảm còn 1746 ng/ml, tải

lượng CMV trong máu sau 2 tuần điều trị < 150 copies/ml. Sau 13 ngày dùng Amphotret bệnh nhân được chuyển sang Itraconazole 600 mg/ngày trong 3 ngày, tiếp tục điều trị củng cố bằng Itraconazole 400 mg/ngày và Valganciclovir 900 mg/12h. Bệnh nhân được ra viện vào ngày 25/8/2021. Chúng tôi vẫn tiếp tục theo dõi ngoại trú trường hợp này ở thời gian sau đó.



**Biểu đồ 1. Sự cải thiện xét nghiệm trong quá trình điều trị**

### III. BÀN LUẬN

Tiếp xúc với *H. capsulatum* là phổ biến với người ở vùng lưu hành bệnh nhưng nhiễm trùng có triệu chứng cần can thiệp của y tế biểu hiện ở rất ít bệnh nhân. Phần lớn không có hoặc triệu chứng rất nhẹ. Các biểu hiện lâm sàng như nhiễm Histoplasmosis phổi cấp tính, Histoplasmosis phổi thể hang mạn tính, viêm trung thất có u hạt, xơ hoá trung thất, Histoplasmosis lan toả, viêm nội tâm mạc, nhiễm trùng máu, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương chỉ xảy ra < 1% số người nhiễm trùng *H. capsulatum*.<sup>5</sup> Histoplasmosis lan toả dễ nhận biết hơn các thể khác nhưng ít khi xảy ra. Triệu chứng thường gặp của bệnh là sốt rét run, mệt mỏi, gầy sút cân, các triệu chứng hô hấp như ho khan hoặc có đờm, đau ngực kiểu màng phổi, khó thở... Khi khám thường phát hiện gan to, lách to hoặc nổi hạch ngoại vi, xét nghiệm có phát hiện ức chế tủy xương giảm bạch cầu, thiếu máu, tăng men gan. Nồng độ phosphatase kiềm tăng, giảm tiểu cầu, LDH tăng, Ferritin tăng không đặc hiệu nhưng gợi ý đến chẩn đoán ở bệnh nhân có bệnh cảnh thích hợp.<sup>5,6</sup> Histoplasmosis lan toả liên quan đến nhiều vị trí cơ quan phổ biến nhất là đường tiêu hoá, đặc biệt hay gặp ở đại tràng, sau đó đến ruột non, hiếm khi xảy ra ở đường sinh dục tiết niệu. Đặc biệt bệnh Histoplasmosis thường gây phá huỷ rộng rãi hai bên tuyến thượng thận hơn những bệnh nấm lan toả khác.<sup>7</sup> Bệnh nhân này ngay khi tiếp nhận chúng tôi đã nhận thấy mặc dù bệnh nhân bị bệnh kéo dài nhưng thể trạng khá tốt, các dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc trên lâm sàng không rõ ràng dù sốt khá cao. Gan lách to, thiếu máu, giảm tiểu cầu và tăng ferritin là những triệu chứng xuất hiện ở bệnh nhân này khá phù hợp với tình trạng nhiễm vi sinh vật nội bào. Đó cũng là lý do chúng tôi quyết định phải chọc lại tủy và sinh thiết tủy lại để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm khẳng định

với vi khuẩn, nấm, lao, CMV.

Histoplasmosis có thể chẩn đoán bằng nuôi cấy, nhuộm soi, test kháng thể và kháng nguyên. Nuôi cấy là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán bệnh nhưng do thời gian mọc kéo dài 2 - 4 tuần, đôi khi kéo dài đến 6 tuần nên không có ý nghĩa thực hành trong trường hợp bệnh nặng điều trị chậm trễ tăng nguy cơ tử vong.<sup>5,8</sup> Nuôi cấy dịch tủy xương cho tỉ lệ mọc nấm cao nhất, 75% các trường hợp nhiễm nấm lan toả. Nhuộm soi nấm độ nhạy thấp hơn nuôi cấy, đặc biệt nếu bác sĩ vi sinh không có kinh nghiệm có thể nhầm với *Candida glabrata*, *Pneumocystis carinii*.<sup>8</sup> Test phát hiện kháng nguyên độ nhạy cao tuy nhiên hiện chưa có tại Việt Nam. Trường hợp này, khởi đầu trên tiêu bản huyết tủy đồ và sinh thiết tủy xương chúng tôi đã nghĩ nhiễm nấm, lúc đó nghĩ nhiều đến vai trò của nấm *T. marneffeii* chứ không nghĩ tới vai trò *Histoplasma*. Phải đến khi rất lâu sau 33 ngày nuôi cấy bệnh phẩm dịch tủy xương mới mọc ra nấm *H. capsulatum*. Trong khi đó rất nhiều lần cấy máu ở các cơ sở khác nhau đều cho kết quả âm tính. Khiến các nhà lâm sàng bị đánh lạc hướng và dễ dẫn đến bỏ sót chẩn đoán.

Điều trị Histoplasmosis phụ thuộc vào mức độ trầm trọng của bệnh cũng như tình trạng miễn dịch của vật chủ. Mức độ nhẹ chỉ cần điều trị triệu chứng nhưng với trường hợp lan toả hoặc bệnh mạn tính, nhiễm trùng phổi cấp tính kéo dài hoặc trầm trọng cần phải liệu pháp kháng nấm. Đối với Histoplasmosis lan toả tiến triển, Hội truyền nhiễm Hoa Kỳ khuyến nghị đối với mức độ từ vừa đến nghiêm trọng, Liposomal amphotericin B (3 mg/kg/ngày) dùng trong 1 - 2 tuần, theo sau là itraconazole (200mg 3 lần một ngày trong 3 ngày, và 200mg 2 lần một ngày cho thời gian ít nhất 12 tháng). Chế phẩm deoxycholat amphotericin B có thể sử dụng thay thế ở bệnh nhân ít có nguy cơ độc tính thận. Điều trị duy trì Itraconazole 200mg hàng



ngày có thể kéo dài suốt đời nếu tình trạng ức chế miễn dịch không thể cải thiện hoặc bệnh nhân tái phát bệnh kể cả điều trị thích hợp.<sup>9</sup> Sự cải thiện có thể mong đợi trong một tuần ở hầu hết bệnh nhân, tuy nhiên tái phát có thể xảy ra ở những bệnh nhân bị ức chế miễn dịch liên tục. Nồng độ kháng nguyên *Histoplasma* trong nước tiểu và huyết thanh giảm khi điều trị hiệu quả, khi tăng cao sẽ dự báo tăng khả năng tái phát.<sup>9</sup>

Nhiễm CMV là tình trạng nhiễm trùng phổ biến, biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo tuổi, đường lây truyền và tình trạng miễn dịch. Thời kì sơ nhiễm nó có thể gây giảm bạch cầu, tiểu cầu thoái qua sau đó là thời kì tiềm ẩn không triệu chứng. Sự tái hoạt CMV thường xuyên hơn ở bệnh nhân ức chế miễn dịch. Nhiễm CMV trong tuỷ xương hiếm gặp và đây cũng có thể là nguyên nhân gây sốt và giảm tiểu cầu.<sup>10</sup> Tác động lâm sàng của CMV lên trường hợp này là không rõ ràng do nhiều triệu chứng trùng lặp nhưng có thể góp phần làm bệnh cảnh lâm sàng xấu đi.

Qua ca bệnh trên cho thấy, chúng tôi tiếp cận từ một trường hợp sốt kéo dài, gầy sút cân nhưng có xét nghiệm HIV âm tính. Rất nhiều chẩn đoán được đưa ra từ bệnh máu, bệnh hệ thống, nhiễm trùng vi khuẩn nội bào, tình trạng tái hoạt hóa hay lao cùng được đưa ra. Bệnh nhân này có một số gợi ý như sốt kéo dài, gan, lách to, ferritin tăng. Tuy nhiên, nhiều lần cấy máu và đã được làm huyết tủy đồ cơ sở khác đã là khó khăn và trở ngại khiến cho các bác sĩ lâm sàng ít để ý tới căn nguyên vi sinh vật. Chúng tôi may mắn vì có sự phối hợp giữa chuyên khoa huyết học, vi sinh để cùng làm chẩn đoán cho bệnh nhân này. Phải đến tận khi kết quả cấy dịch tủy xương ra loại nấm này thì chẩn đoán của người bệnh mới rõ ràng. Việc chẩn đoán xác định về Histoplasmosis thường trì hoãn do thiếu các đặc điểm lâm sàng đặc

hiệu và chẩn đoán phân biệt rộng rãi. Sự chậm trễ trong chẩn đoán khiến bệnh nhân điều trị không thích hợp với nhiều loại kháng sinh, tăng nguy cơ kháng thuốc, gánh nặng cho nền y tế. Đây thực sự là bài học kinh nghiệm quý báu cho nhà lâm sàng xử lý từ ca bệnh này.

#### IV. KẾT LUẬN

Biểu hiện lâm sàng của histoplasmosis, nhiễm CMV không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lí viêm phổi, bệnh lao, bệnh sarcoid, bệnh Crohn hoặc bệnh lí ác tính... Trong khi hầu hết bệnh biểu hiện cận lâm sàng hoặc tự giới hạn không cần điều trị thì ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch và nhiễm *Histoplasma* lan toả tỉ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán điều trị sớm. Do đó cần hiểu biết về dịch tễ, biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm chẩn đoán tốt nhất về bệnh histoplasma là cực kì quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng đặc biệt trong điều kiện y tế Việt Nam còn nhiều khó khăn trong xét nghiệm. Đây là trường hợp hiếm hoi khi không có tiền sử bệnh nền gì mà nhiễm đồng thời cả hai tác nhân có thể gặp trên cơ địa suy giảm miễn dịch. Thông qua ca bệnh giúp nhà lâm sàng có cách nhìn đa chiều hơn về những trường hợp sốt kéo dài cũng như căn nguyên ít ngờ tới trong trường hợp này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benedict K, Mody RK. Epidemiology of histoplasmosis outbreaks, United States, 1938 - 2013. *Emerg Infect Dis*. 2016;22(3):370-378. doi: 10.3201/eid2203.151117.
2. The global epidemiology of emerging *Histoplasma* species in recent years - ScienceDirect. Accessed September 19, 2021. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016606162030004X>.
3. Baker J, Setianingrum F, Wahyuningsih R, Denning DW. Mapping histoplasmosis in South East Asia - implications for diagnosis in

AIDS. *Emerg Microbes Infect.* 2019;8(1):1139-1145. doi: 10.1080/22221751.2019.1644539.

4. Woods JP. Revisiting old friends: Developments in understanding *Histoplasma capsulatum* pathogenesis. *J Microbiol.* 2016;54(3):265-276. doi: 10.1007/s12275-016-6044-5.

5. Kauffman CA. Histoplasmosis: A clinical and laboratory update. *Clin Microbiol Rev.* 2007;20(1):115-132. doi: 10.1128/CMR.00027-06.

6. Sathapatayavongs B, Batteiger BE, Wheat J, Slama TG, Wass JL. Clinical and laboratory features of disseminated histoplasmosis during two large urban outbreaks. *Medicine.* 1983;62(5):263-270. doi: 10.1097/00005792-198309000-00001.

7. Sarosi GA. Disseminated histoplasmosis: Results of long-term follow-up: A center for

disease control cooperative mycoses study. *Ann Intern Med.* 1971;75(4):511. doi: 10.7326/0003-4819-75-4-511.

8. Wheat J. Histoplasmosis: Experience during outbreaks in Indianapolis and review of the literature. *Medicine.* 1997;76(5):339-354.

9. Wheat LJ, Freifeld AG, Kleiman MB, et al. Clinical practice guidelines for the management of patients with histoplasmosis: 2007 update by the infectious diseases society of America. *Clinical Infectious Diseases.* 2007;45(7):807-825. doi: 10.1086/521259.

10. Reddehase MJ, Dreher-Stumpp L, Angele P, Balthesen M, Šuša M. Hematopoietic stem cell deficiency resulting from cytomegalovirus infection of bone marrow stroma. *Ann Hematol.* 1992;64(S1):A125-A127. doi: 10.1007/BF01715364.

## Summary

### CASE REPORT OF DISSEMINATED HISTOPLASMA AND BONE MARROW CMV INFECTION IN HIV-NON-CONFIRMED PATIENTS

We report on a case of concurrent disseminated histoplasmosis and cytomegalovirus (CMV) infection of bone marrow in a non-HIV-infected patient diagnosed and treated at the National Centre of Tropical Diseases, Bach Mai Hospital. This is the first case reported in Vietnam. A 52-year-old male patient with a history of good health was in hospital because of fever lasting more than 1 month including weight loss. Myelogram and a bone marrow biopsy showed a fungal infection in the bone marrow and an owl's eye image. CMV PCR results in blood and bone marrow fluid were positive, bone marrow culture after 33 days identified *Histoplasma capsulatum*. The patient was successfully treated with Amphotret, Ganciclovir inpatient for 14 days and continued outpatient Itraconazole, valganciclovir. The occurrence of disseminated histoplasmosis in Vietnam is rare, but co-infection with CMV in healthy individuals is reported for the first time in Vietnam. Further research is needed on this particular case.

**Keywords:** Histoplasma, CytomegaloVirus (CMV), HIV-non-confirmed patients.