

BÁO CÁO CA BỆNH ÁP XE NÃO DO MELIOIDOSIS

Lê Thị Thanh Thủy¹, Lê Trần Thăng¹, Nguyễn Thanh Thảo¹, Phạm Ngọc Thạch¹

Melioidosis là một bệnh nhiễm trùng do trực khuẩn gram âm *Burkholderia pseudomallei* gây ra. Bệnh hiện đã gia tăng nhiều trên phạm vi toàn thế giới. Bệnh gây tổn thương ở nhiều cơ quan, trong đó hay gặp nhất là phổi, sau đó là da và tổ chức dưới da, các tạng như lách, gan, thận, tiền liệt tuyến. Tổn thương hệ thần kinh trong Melioidosis là thể bệnh hiếm gặp. Trong bài viết này chúng tôi mô tả một ca bệnh nhân áp xe não do nhiễm *Burkholderia pseudomallei* với đặc điểm lâm sàng và hình ảnh có được trên phim cộng hưởng từ sọ não.

Từ khóa: Áp xe não, Melioidosis, Whitmore, *Burkholderia pseudomallei*.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Melioidosis (còn gọi là bệnh Whitmore) lần đầu tiên được mô tả vào năm 1912 bởi nhà nghiên cứu bệnh học Alfred Whitmore và trợ lý của ông C.S.Krishnaswani khi gặp một trường hợp bệnh ở Rangun, Myanmar. Thuật ngữ bệnh Melioidosis sau đó được Stanton và Fletcher giới thiệu vào năm 1932^{1,6}. Bệnh ban đầu được phát hiện chủ yếu ở khu vực Đông Nam Á và Bắc Australia. Hiện nay, bệnh đã xuất hiện ở nhiều nơi trên thế giới. Theo một nghiên cứu của Limmathurotsakul D và cộng sự (2016) dự báo có khoảng 165.000 ca mắc Melioidosis mỗi năm trên toàn cầu, trong đó có 89.000 ca tử vong². Tại Việt Nam, ca bệnh đầu tiên được Pons và Advier báo cáo vào năm 1925 từ một người bệnh tại Thủ Đức (Sài Gòn). Trong khoảng hơn 10 năm gần đây, các báo cáo cho thấy số ca nhiễm gia tăng nhiều và là một trong những căn nguyên gây nhiễm khuẩn tại cộng đồng đáng chú ý tại các tỉnh Bắc Trung Bộ, Nam Bộ với nhiều trường hợp tử vong^{3,4,7}.

Nguy cơ mắc bệnh Melioidosis cao với người tiếp xúc với đất hoặc nước bị ô nhiễm bởi *Burkholderia pseudomallei*. Bệnh có thể lây truyền theo đường hô hấp do hít hoặc nuốt phải mầm bệnh, hoặc trực

tiếp qua vết xước, vết thương hở ngoài da. Một báo cáo cho thấy trong 150 ca nhiễm với 63,4% ở vùng Đông Nam Bộ, có 28% số ca nghề nghiệp thường xuyên tiếp xúc với nước, đất ẩm³. Số liệu của Bình N.D và cộng sự cũng ghi nhận sau trận lụt lịch sử cuối năm 2020 ở khu vực miền Trung đã bùng phát bệnh Melioidosis, số ca nhiễm tăng 3,1 lần (76,74%) so với số liệu trung bình cùng năm (25%)⁴. Kết quả cũng phù hợp với báo cáo của Currie BJ và cộng sự và các tác giả khác cho thấy số ca nhiễm thường tăng nhiều vào mùa mưa hàng năm^{1,3,6}.

Các cơ quan trong cơ thể đều có thể bị tổn thương bởi bệnh Melioidosis như phổi, da và mô mềm, các tạng như lách, gan, thận, tiền liệt tuyến^{1,3,5}. Tổn thương não và tủy sống có tỷ lệ thấp trong tổng số các ca nhiễm bệnh, còn chưa được đề cập nhiều trong các báo cáo. Chúng tôi xin trình bày một trường hợp chẩn đoán bệnh Melioidosis có tổn thương áp xe não, điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 11/2023 đến tháng 12/2023.

BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 64 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, trong gia đình không có ai đã từng mắc bệnh Melioidosis. Bệnh khởi phát với biểu hiện sốt, đau đầu, giảm ý thức, yếu nửa người trái tăng dần được điều trị tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh khoảng 3 tuần, được chẩn đoán: Sốc nhiễm khuẩn - nhiễm Whitmore - viêm não. Phim X-quang ngực được chẩn đoán viêm phổi với hình đám mờ không đồng nhất rải

⁽¹⁾ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Ngày nhận bài: 01/02/2024

Ngày phân biệt xong: 10/02/2024

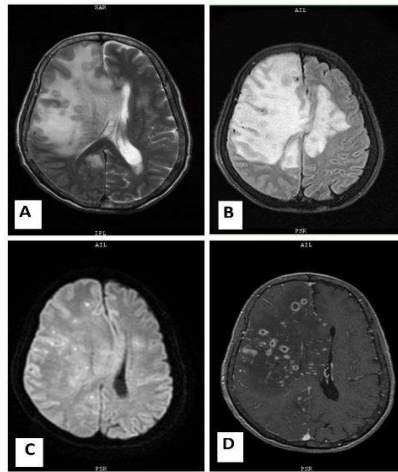
Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Lê Trần Thăng, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Điện thoại: 0912373287. Email: lethangmed@gmail.com



rác trường phổi hai bên. Nuôi cấy phân lập vi khuẩn tại bệnh viện cho kết quả dương tính với vi khuẩn *Burkholderia pseudomallei*. Bệnh nhân được dùng kháng sinh điều trị 15 ngày ổn định, khoảng 5 ngày tiếp theo diễn biến nặng thêm được chuyển lên Bệnh viện Việt Đức, sau đó chuyển tới Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong tình trạng giảm ý thức, Glasgow 11 - 12 điểm, liệt nửa người trái, đại tiểu tiện không tự chủ. Xét nghiệm máu cho kết quả bạch cầu hạt trung tính NEU 17,6 G/L (~ 97,7%), sau 5 tuần NEU 3,6 G/L (~ 64,9%); chỉ số CRP 104,1 mg/L, sau 5 tuần 3,1 mg/L. Xét nghiệm dịch não tủy cho kết quả: Protein 0,53 g/L, glucose 4,53 g/L, clo 115,9 mmol/L, các xét nghiệm vi nấm, vi khuẩn nhuộm soi, AFB đều âm tính. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não cho thấy tổn thương các ổ nhỏ

trọng dạng dịch đặc nhu mô não vùng đỉnh phải kèm phù não xung quanh ổ. Cộng hưởng từ (CHT) sọ não được tiến hành tiếp theo, cho thấy tổn thương nhu mô não vùng trán thái dương đỉnh phải và vùng đỉnh trái với đặc điểm tăng tín hiệu không đều trên T2W, FLAIR, giảm trên T1W, hạn chế khuếch tán trên DWI, xung quanh có phù não rộng, đè đẩy đường giữa và các não thất, sau tiêm tổn thương ngấm thuốc dạng vòng nhiều ổ nhỏ (Hình 1). Hình ảnh siêu âm ổ bụng không thấy bất thường. Bệnh nhân đã được điều trị với meropenem và ceftazidim; sau điều trị 30 ngày bệnh nhân giảm các triệu chứng thần kinh, hình ảnh có cải thiện rõ trên phim CHT sọ não: Giảm phù não, số lượng các ổ áp xe giảm (Hình 2). Bệnh nhân được chuyển xuống tuyến dưới tiếp tục điều trị.



Hình 1. Hình ảnh phim chụp CHT sọ não ngày 12/11/2023. Hình A, B: Chuỗi xung T2W và T2 FLAIR trước tiêm, tổn thương tăng tín hiệu không đều dạng viêm, phù nề nhu mô não vùng thái dương trán đỉnh phải và vùng đỉnh trái, đè đẩy não thất và đường giữa; Hình C: Cộng hưởng từ khuếch tán - DWI, tổn thương nhiều ổ áp xe nhỏ bán cầu phải, hạn chế khuếch tán; Hình D: Sau tiêm tổn thương ngấm thuốc dạng vòng các ổ nhỏ

BÀN LUẬN

Melioidosis là một bệnh truyền nhiễm do trực khuẩn gram âm *Burkholderia pseudomallei* gây ra. Bệnh thường lây nhiễm nhiều nhất ở người có tình trạng bệnh lý mạn tính, chủ yếu là đái tháo đường, nghiện rượu, bệnh thận mạn tính, suy giảm miễn dịch và các bệnh lý ác tính^{1,3,6}. Biểu hiện lâm sàng bao gồm sốt, suy hô hấp, với các tổn thương như viêm phổi, áp xe gan, lách, thận, tiền liệt tuyến, viêm da và mô mềm, nhiễm khuẩn huyết, suy đa phủ tạng^{1,4,6}. Giai đoạn đầu bệnh khó chẩn đoán và có tỷ lệ tử vong cao, có thể tới 40% do biến chứng

viêm phổi nặng, nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn^{3,4,5}.

Báo cáo của Trần Đăng Khoa tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh từ 01/2009 đến 01/2019 cho thấy trong 150 bệnh nhân Melioidosis với 52,8% có cơ địa đái tháo đường; 18,7% nghiện rượu và 30,9 % không có bệnh nền; 50% nhiễm khuẩn huyết tổn thương một cơ quan; sốc nhiễm khuẩn 16%. Tổn thương thường gặp ở phổi (54%), kể đến là da và mô mềm (31%). Tỷ lệ tử vong chung (23%) và trong sốc nhiễm khuẩn là 87%³.

Theo Nguyễn Kim Thư và cộng sự (2022) trong điều trị bệnh Melioidosis: Tỷ lệ bệnh nhân nặng xin về/tử vong chiếm 9/79 (11,4%). Trong đó, 5 bệnh nhân do sốc nhiễm khuẩn, 4 bệnh nhân hôn mê sâu tử vong do phù não, tụt kẹt não thất trong bệnh cảnh áp xe não đa ổ. Trong 14 trường hợp sốc nhiễm khuẩn, tỷ lệ tử vong trong nhóm này là 8/14 (57,1%)⁵.

Melioidosis có diễn biến lâm sàng từ nhiễm khuẩn cấp tính, bán cấp hoặc mạn tính với tổn thương liên quan đến nhiều cơ quan. Thời gian ủ bệnh có thể ngắn hoặc kéo dài với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, có thể trở nặng, diễn biến tối cấp, dễ gây chậm trễ trong chẩn đoán xác định và điều trị^{2,4}. Do đó, trên một bệnh nhân với biểu hiện sốt, nhiễm trùng kèm theo các yếu tố nguy cơ cần hướng tới nghi nhiễm Melioidosis để có thể phát hiện sớm bệnh. Chẩn đoán xác định khi nuôi cấy, phân lập được vi khuẩn *B. pseudomallei* trong máu hay trong dịch phế quản, dịch mủ ổ áp xe, dịch não tủy của cơ thể. Các kỹ thuật hình ảnh cũng đóng vai trò quan trọng trong phát hiện các tổn thương ở não, phổi và các tạng trong ổ bụng.

Phổi là cơ quan hay gặp nhất trong bệnh Melioidosis, tổn thương viêm phổi chiếm khoảng một nửa số trường hợp bệnh Melioidosis được báo cáo trong loạt các ca bệnh^{3,4,6}. Hình ảnh phổi đồng đặc, thường ở thùy trên hoặc các nốt và đám thâm nhiễm lan tỏa khắp phổi, có thể tạo thành hang hoặc tiến triển áp xe hóa.

Lách là cơ quan nội tạng ngoài phổi thường gặp. Tổn thương lách có nhiều ổ nhỏ rải rác, kích thước từ 5 mm đến 15 mm. Tổn thương một hoặc nhiều vị trí, tập hợp dưới bao lách. Áp xe lách một hoặc nhiều ổ thường gặp ở bệnh Melioidosis hơn các bệnh nhiễm trùng khác. Hình ảnh tương tự cũng gặp ở gan, thận, tiền liệt tuyến.

Nhiễm trùng Melioidosis có nhiều biểu hiện ở ngoài da, mô mềm dưới da. Hay gặp thể viêm xương, viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm màng hoạt dịch, viêm tủy xương và nhiễm trùng mô mềm bao gồm viêm mô tế bào, viêm cân hoại tử, hình thành các ổ loét, các ổ áp xe dưới da^{1,2,4}.

Tổn thương của Melioidosis ở hệ thần kinh trung ương tương đối hiếm gặp. Theo nghiên cứu của Currie BJ cộng sự, tỷ lệ tổn thương liên quan đến hệ thần kinh trung ương trong bệnh Melioidosis là 3%⁶. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo khoảng 1,5% đến 2% bệnh nhân mắc bệnh Melioidosis ở Đông Nam Á có biểu hiện liên quan đến hệ thần kinh⁷. Tại Việt Nam, báo cáo của Nguyễn Hoàng Sơn và cộng sự tại Bệnh viện Đà Nẵng (2016 - 2023) cho thấy số ca bệnh có tổn thương não là viêm não, viêm màng não chiếm 3/74 trong tổng số ca nhiễm (4,05%)⁸. Số liệu của Nguyễn Kim Thư và cộng sự cũng cho thấy 4/79 ca nhiễm *B. pseudomallei* có bệnh cảnh áp xe não đa ổ (5,06%)⁵.

Biểu hiện lâm sàng của bệnh Melioidosis hệ thần kinh trung ương rất khác nhau. Bệnh nhân có thể có biểu hiện sốt, nhức đầu, liệt dây thần kinh sọ, thiếu hụt thần kinh khu trú, thay đổi cảm giác và co giật tùy thuộc vào loại tổn thương và vị trí của tổn thương. Trường hợp ca bệnh của chúng tôi vào viện với các biểu hiện sốt, đau đầu, mệt mỏi nhiều, biểu hiện của hội chứng thần kinh như giảm ý thức, yếu nửa người trái.

Theo một nghiên cứu của St John JA và cộng sự (2014), trực khuẩn *B. pseudomallei* được cho là xâm nhập vào hệ thần kinh trung ương qua biểu mô đường hô hấp trong khoang mũi, di chuyển dọc theo dây thần kinh khứu giác và dây thần kinh sinh ba, sau đó vượt qua hàng rào máu não vào khoang sọ⁹.

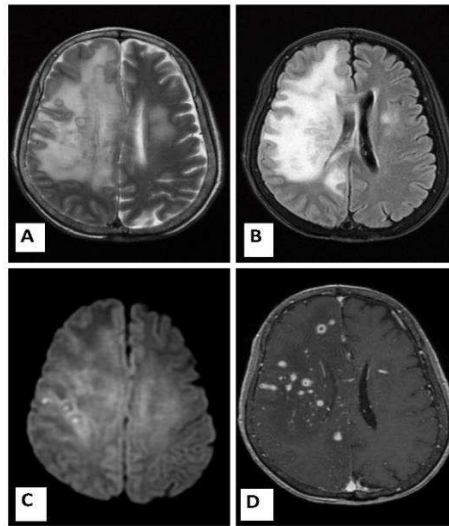
Hình ảnh phổ biến nhất trong bệnh Melioidosis hệ thần kinh trung ương là áp xe não. Tuy nhiên, có thể thấy viêm não màng não, viêm não thân não hoặc áp xe dưới màng cứng. Áp xe dưới hoặc ngoài màng cứng được nhìn thấy khi có sự lan rộng trực tiếp của tổn thương từ viêm tủy xương đa đầu hoặc xương sọ^{9,10}. Hình ảnh CHT áp xe não do bệnh Melioidosis thường xuất hiện dưới dạng tổn thương tăng tín hiệu trên ảnh T2W, T2 FLAIR, hạn chế khuếch tán trung tâm như đã thấy trong áp xe sinh mủ, có nhiều ổ áp xe nhỏ ngấm thuốc dạng vòng, thành mỏng. Phù não có thể được nhìn thấy xung quanh ổ áp xe. Những áp xe này có xu hướng liên kết và lan rộng dọc theo ranh giới chất trắng - chất xám, hạch nền và nhân dây thần kinh sinh ba. Có thể thấy hình ảnh dày màng não^{9,10,11}.



Theo báo cáo của Naik Suprava cộng sự (2023), sự liên quan đến hệ thần kinh trung ương được xác định trong 6 trường hợp bệnh Melioidosis: 4 ca áp xe não trong đó 1 ca có tổn thương nhân dây thần kinh sinh ba, 1 ca viêm màng não, 1 ca áp xe ngoài màng cứng tủy sống¹⁰. Tác giả Pavithra Mannam và cộng sự cũng đã mô tả trong một nghiên cứu về Melioidosis cho thấy hình ảnh viêm não với áp xe não nhiều ổ nhỏ ở 5/14 ca, áp xe não ổ lớn 4/14 ca, các tổn thương vị trí ở thân não, tiểu não và bán cầu đại não hai bên. Tổn thương màng cứng và khoang ngoài màng cứng là 5/14 ca bệnh. Hình ảnh phù nề, ngấm thuốc dây thần kinh sinh ba ở 3/14 bệnh nhân.

Hình ảnh huyết khối xoang tĩnh mạch hang, viêm phù nề và tiêu xương đá, viêm tai xoang chũm cũng được tác giả đề cập trong nghiên cứu¹¹.

Với ca bệnh của chúng tôi, hình ảnh CHT sọ não có tổn thương vùng thái dương đỉnh phải và vùng đỉnh trái, tổn thương chủ yếu chất trắng, còn phân biệt được ranh giới chất trắng - chất xám. Tổn thương dạng viêm, phù nề với nhiều ổ áp xe nhỏ, trung tâm hạn chế khuếch tán trên DWI, ngấm thuốc dạng vòng sau tiêm, xung quanh các ổ áp xe có phần não viêm, phù não rộng, đè đẩy đường trắng giữa và liềm đại não sang trái. Không thấy hình ảnh tổn thương dây thần kinh nội sọ (Hình 1).



Hình 2. Hình ảnh phim chụp CHT sọ não sau điều trị 30 ngày. Hình A, B: Chuỗi xung T2W và FLAIR trước tiêm, tổn thương tăng tín hiệu không đều nhu mô não vùng thái dương đỉnh bên phải và vùng đỉnh bên trái, giảm phù nề, đè đẩy đường giữa ít. Hình C, D: Cộng hưởng từ khuếch tán DWI - sau tiêm thuốc tổn thương các ổ áp xe nhỏ hạn chế khuếch tán đã giảm, còn vài ổ cạnh não thất bên bán cầu phải

Bệnh nhân sau điều trị tích cực 30 ngày chụp lại CHT sọ não cho thấy hình ảnh tổn thương não giảm so với các phim chụp trước đó, còn tổn thương thùy thái dương đỉnh phải và thùy trán trái, chủ yếu phần chất trắng. Số lượng các ổ áp xe đã giảm nhiều, với các ổ nhỏ vùng đỉnh phải. Phù não và sự đè đẩy đường giữa, đè đẩy liềm đại não cũng giảm (Hình 2).

Tổn thương não do bệnh Melioidosis trên hình ảnh CHT khá điển hình nhưng cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác có tính chất tương tự như: Tổn thương não thứ phát nhiều ổ, lao não màng não, áp xe não do vi khuẩn sinh mũ, với các hình ảnh

ngấm thuốc dạng vòng khác gặp trong bệnh nhiễm sán não hoặc Toxoplasmosis.

Mặc dù diễn biến lâm sàng phức tạp nhưng bệnh Melioidosis có thể điều trị khỏi hoàn toàn nếu được phát hiện sớm, sử dụng các kháng sinh đúng phác đồ. Điều trị Melioidosis gồm 2 giai đoạn, giai đoạn điều trị tấn công (intensive phase) ít nhất 10 - 14 ngày với các loại kháng sinh ceftazidim, meropenem, hoặc imipenem được dùng bằng đường tĩnh mạch, tiếp đến giai đoạn điều trị diệt căn (eradication therapy) bằng kháng sinh đường uống, thường với trimethoprim - sulfamethoxazol (TMP - SMX) kéo dài 3 - 6 tháng (Bảng 1)¹².

Bảng 1. Điều trị Melioidosis*

Kháng sinh	Liều lượng
Điều trị khởi đầu mạnh mẽ ☼	24
Ceftazidim	50 mg/kg (lên đến 2 g), 3 - 4 lần/ngày
Meropenem	25 mg/kg (lên đến 1 g), 3 lần/ngày
Imipenem	25 mg/kg (lên đến 1 g), 4 lần/ngày
Điều trị đường uống tận gốc β	
TMP - SMX	
Trọng lượng cơ thể	
> 60 kg	2 x 160 mg TMP - 800 mg SMX (viên 960 mg), mỗi 12 giờ/lần
40 - 60 kg	3 x 80 mg TMP - 400 mg SMX (viên 480 mg), mỗi 12 giờ/lần
< 40 kg, người lớn	1 x 160 mg TMP - 800 mg SMX (viên 960mg) hoặc 2 x 80 mg TMP - 400 mg SMX (viên 480mg), mỗi 12 giờ/lần
< 40 kg, trẻ em	8 mg TMP/kg - 40 mg SMX/kg, mỗi 12 giờ

* Thông tin liều thuốc từ Peacock và cộng sự, Chetchotisakd và cộng sự.

Ngoài kháng sinh, người bệnh cần phải được điều trị các biến chứng cũng như điều trị bệnh nền như đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh thận mạn tính.

KẾT LUẬN

Bệnh Melioidosis có diễn biến nặng, tỷ lệ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời ở giai đoạn cấp tính. Tổn thương thần kinh là biểu hiện

hiếm gặp của bệnh Melioidosis, tiên lượng khó khăn. Cần nghi ngờ Melioidosis thần kinh đối với những bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng, có hình ảnh viêm não, áp xe não nhiều ổ, tổn thương ở thân não, tổn thương liên quan đến nhân và dây thần kinh sinh ba. Hình ảnh tổn thương trên CHT sọ não đóng vai trò quan trọng, hỗ trợ trong chẩn đoán xác định và điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alsaif HS, Venkatesh SK. Melioidosis: Spectrum of Radiological Manifestations. Saudi J Med Med Sci. 2016 May-Aug;4(2):74-78.
2. Limmathurotsakul D, Golding N, Dance D.A.B, et al (2016). "Predicted global distribution of *Burkholderia pseudomallei* and burden of melioidosis". Nat. Microbiol 2016.
3. Trần Đăng Khoa (2021). Melioidosis tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ 2009 đến 2019. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 25 Phụ bản số 1, tr 142-147.
4. Bình N.D, Hoài Thu D.T, Chuong T.X. Studying of serial cases of Melioidosis after the historic floods in central Vietnam 2020. Vietnam Journal of Infectious Diseases.No.04(36-07)-2021.
5. Nguyễn Kim Thư, Lê Viết Nghĩa. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm *Burkholderia pseudomallei* tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 2016-2021. Tạp chí Y học Việt Nam tập 515-Tháng 6, số 2, 2022, tr 72-76.
6. Currie BJ, Ward L, Cheng AC (2010). "The epidemiology and clinical spectrum of melioidosis:540 cases from the 20 year Darwin prospective study", PLoS Negl Trop Dis 2010, 4:e900.
7. Hassan MR, Pani SP, Peng NP, et al. Incidence, risk factors and clinical epidemiology of melioidosis: a complex socio-ecological emerging infectious disease in the Alor Setar region of Kedah, Malaysia. BMC Infect Dis 2010;10:302.
8. Nguyễn Hoàng Sơn, Đinh Thị Hoàng Oanh, Nguyễn Hữu Thọ. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh Melioidosis tại Bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, số đặc biệt, 02 (42) - 2023, tr 65-70.
9. St John JA, Ekberg JA, Dando SJ, et al. *Burkholderia pseudomallei* penetrates the brain via destruction of the olfactory and trigeminal nerves: implications for the pathogenesis of neurological melioidosis. MBio. 2014;5:25.



10. Naik Suprava, Bhoi Sanjeev Kumar, Jha Menka et al. Craniospinal MRI Findings in Neuromelioidosis. *Neurology India*. Jan-Feb 2023;71(1):113-118.
11. Pavithra Mannam, Vanjare H. Arvind, Maria Koshy et al. Neuromelioidosis: A Single-Center Experience with Emphasis on Imaging. *Indian J Radiol Imaging* 2021;31:57-64.
12. Phan Quận, Melioidosis (Bệnh Whitmore). *Tạp chí truyền nhiễm Việt Nam* số 01, 2016.

CASE REPORT OF BRAIN ABSCESS DUE TO MELIOIDOSIS

Melioidosis is an infection caused by gram-negative bacillus *Burkholderia pseudomallei*. It is being increasingly reported in around the world. Almost every organ can be infected, but the most infected organ is the lung, followed by the skin and subcutaneous tissues, spleen, liver, kidneys, prostate. Neuromelioidosis is a rare manifestation of Melioidosis. In this article, we report a patient case who was diagnosed Melioidosis brain abscess with clinical features and imaging characteristics by MR image.

Key words: Brain abscess, Melioidosis, Whitmore, *Burkholderia pseudomallei*.