لیستریوزیس(معرفی ۲ مورد از بیمارستان حضرت رسول اکرم)

*دکتر نسرین شایانفر I
دکتر احمد جلیلوند II

چکیده

لیستریامونوسیتوژن، باسیل گرم مثبتی است که در دمای ٤ درجه سانتی‌گراد می‌تواند رشد کند. این باسیل یک عامل بیماری‌زای پراکنده در محیط بوده که انتقال آن به طور عمده از طریق غذا صورت می‌گیرد. لیستریوزیس، یک بیماری ناشایع در یک فرد سالم با ایمنی کامل است در حالی که، $\frac{۲}{۳}$ موارد لیستریوزیس در افراد با ضعف ایمنی دیده می‌شود که با مرگ و میر بالایی همراه است. در سایر موارد در زنان حامله دیده می شود که با میزان بالای مرگ و میر جنین، به علت سقط، تولد نوزاد مرده یا نوزاد مبتلا همراه است. اگر چه این بیماری به عنوان یک بیماری تهدید کننده حیات، به طور افزایش یابنده‌ای، تشخیص داده می‌شود، کشورهای خاصی(به خصوص کشورهای آسیایی) وجود دارند که تنها چند مورد از این بیماری را گزارش نموده‌اند یا حتی گزارشی در این رابطه وجود نداشته است. با توجه به این که در ایران نیز، مطالعه‌ای جامع یا حتی گزارشی از برخی موارد ابتلا به این بیماری وجود ندارد، ۲ بیمار مبتلا به لیستریوزیس که به بیمارستان حضرت رسول(ص) مراجعه کرده بودند، معرفی می‌شوند. بیمار اول، خانم ٦٣ ساله مبتلا به دیابت شیرین و مورد شناخته شده میلوفیبروزایدیوپاتیک از ۱۰ سال پیش بود که به علت تب و لرز، در بیمارستان بستری شده بود. در ابتدا، به علت افزایش آنزیم‌های قلبی(CPK-MB,CPK) و تروپونین T و افت قطعه ST در نوار قلبی، تشخیص انفارکتوس میوکارد مطرح گردید اما در نهایت در روز چهارم بستری، بیمار لتارژیک شد و دچار دیسترس تنفسی، ادم ریه، کاهش هوشیاری و کاهش فشار خون گردید و در روز پنجم به علت ایست قلبی و تنفسی فوت کرد. کشت خون بیمار در ۲ نوبت برای لیستریامنوسیتوژن، مثبت شد. بیمار دوم، خانم ۳۰ ساله، با حاملگی ۲۰ هفته و مورد شناخته شده لوپوس اریتماتوی سیستمیک(SLE) و تحت درمان با کورتون بود که به علت تب، در بیمارستان بستری شده بود. پس از ۲ روز، به علت کاهش ضربان قلب جنین، پزشکان به حاملگی وی خاتمه دادند که به دنبال آن تب بیمار قطع گردید و بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. از ۳ نوبت کشت خون بیمار، لیستریا مونوسیتوژن، جدا گردید.

کلیدواژه‌ها: ۱ – لیستریامونوسیتوژن ۲ – لیستریوزیس ۳ – حاملگی
۴ – لوپوس اریتماتوی سیستمیک ۵ – میلوفیبروزایدیوپاتیک

مقدمه

لیستریا مونوسیتوژن(L.M) یک عامل بیماری‌زای پراکنده در محیط است که توانایی ایجاد عفونت، در حدود ۵۰ گونه از پستانداران از جمله انسان، پرندگان و ماهی‌ها را دارد.[۱و ۲]

I) استادیار گروه آسیب‌شناسی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران(*مولف مسئول)
II) دستیار آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-15]

لیستریامونوسیتوژن، تنها گونه بیماری‌زا در جنس لیستریا می‌باشد. این باسیل‌های گرم مثبت، هوازی و بی‌هوازی اختیاری، انگل اختیاری داخل سلولی، بدون اسپور، بدون کپسول، متحرک، کاتالاز مثبت، اکسیداز منفی و دارای همولیز بتا هستند. باکتری از راه استنشاق، خوردن مواد غذایی آلوده، فرآورده‌های حیوانی و تماس مستقیم وارد بدن انسان می‌شود. زنان، حامل باکتری در واژن خود هستند.[۳] این باکتری، توانایی زنده ماندن و رشد در دمای ٤ درجه سانتی‌گراد را دارد. به علت ایجاد همولیز بتا در بلاد آگار با استرپتوکوک بتاهمولتیک، به علت هیدرولیز اسکولین گاهی با انتروکوک، به علت کاتالاز مثبت بودن با استافیلوکوک و به علت توانایی رشد در محیط تلوریت پتاسیم، با دیفتروییدها اشتباه می‌شود.[۳] اغلب و شاید در تمام موارد، لیستریوزیس در انسان‌ها از طریق غذا انتقال می‌یابد.[٤] خوردن لیستریا مونوسیتوژن به صورت مکرر رخ می‌دهد زیرا در بسیاری از منابع غذایی تولید شده، در بسیاری از کشورهای جهان دیده شده است.[۱و ٥] در اغلب موارد گزارش شده(٧٤٪ موارد) بیماران ضعف ایمنی داشتند و این ضعف ناشی از بدخیمی، شیمی درمانی، پیوند اعضا، الکلسیم، استرویید درمانی، بیماری کبدی، نارسایی کلیه، دیابت و در برخی موارد همراه با AIDS(سندرم نقص ایمنی اکتسابی) بوده است.[۱۰-٤] لیستریوزیس، در بیماران با ایمنی موثر، در صورتی که مقادیر بسیار بالای غذای آلوده، مصرف شده باشد نیز می‌تواند بیماری شدیدی ایجاد کند که به عنوان یکی از علل اپیدمی‌های گاستروآنتریت تب دهنده خوش‌خیم، شناخته شده است.[۱۱]

شکل دیگری از بیماری در انسان، به صورت عفونت پری‌ناتال است که با میزان بالای از دست دادن جنین(شامل تولد نوزاد مرده نیز می‌شود) و بیماری جدی در نوزادان، همراه می‌باشد.[۱۲و ۱۳]

در $\frac{۱}{۳}$ موارد لیستریوزیس طی حاملگی رخ می‌دهد(٨/٦ مورد در ۱۰۰/۰۰۰ تولد زنده).[١٤] زنان حامله ممکن است در هر زمانی طی بارداری، مبتلا به عفونت شوند اما شایع‌ترین زمان درگیری ۳ ماهه سوم می‌باشد.[۱۳] از سوی دیگر عفونت در ٦ ماه اول حاملگی معمولاً موجب مرگ جنین می‌شود که تا حدودی، متغیر است.[٥] فرد مبتلا به لیستریوزیس، معمولاً تب، دردهای عضلانی، علائم گوارشی مانند تهوع و اسهال دارد و در صورتی که عفونت به سیستم عصبی گسترش یابد، علائمی مانند سر درد، سفتی گردن، عدم تعادل، گیجی و تشنج می‌تواند رخ دهد. با درگیری پارانشیم مغز بیماری می‌تواند علائم سکته مغزی را تقلید کند. زنان حامله عفونی شده به طور معمول، تنها یک بیماری شبه آنفلوانزای ضعیف را تجربه می‌کنند.

عفونت در حاملگی، می‌تواند به سقط، تولد نوزاد عفونی یا حتی مرده منجر شود.[١٥] اگر چه شکل‌های اسپورادیک و اپیدمیک لیستریوزیس در جهان رخ می‌دهد و تشخیص آن به عنوان یک بیماری تهدید کننده حیات، رو به افزایش است، کشورهای خاصی وجود دارند(به خصوص کشورهای آسیایی) که تنها چند مورد از لیستریوزیس را گزارش کرده‌اند یا حتی یک مورد را گزارش نکرده‌اند.[١٦]

متاسفانه کشور ما ایران نیز از جمله همین کشورها می‌باشد که در طی بررسی مقالات، هیچ گونه مطالعه جامعی در این زمینه یا حتی گزارشی از معرفی موردی یا جمعی قابل توجهی وجود نداشت. با توجه به این مطلب و نیز جدی بودن بیماری از سوی دیگر که تهدید کننده حیات در افراد پیر، بیماران دارای عوامل مستعد کننده خاص، زنان حامله و جنین‌های انسانی و نوزادان می‌باشد و نیز گزارش افزایش بروز بیماری در برخی از کشورها، بر آن شدیم تا ۲ بیمار مبتلا به لیستریوزیس بستری شده در بیمارستان حضرت رسول(ص) در ۲ سال اخیر(۸۲ و ۱۳۸۱) را معرفی کرده و به بحث پیرامون این بیماری بپردازیم و پیشنهادات خود را ارائه نماییم.

معرفی بیمار اول

بیمار خانم ٦۳ ساله، با سابقه دیابت شیرین و مورد شناخته شده میلوفیبروزایدیوپاتیک از ۱۰ سال پیش بود که برای مدتی نیز تحت درمان با داروی Combivenit بوده

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-15]

است و هر ماه خون متراکم و روزانه ۱ عدد قرص گلی‌بن‌گلامید دریافت می‌کرد. بیمار سابقه اسپلنکتومی را ۱۵ سال پیش به علت تصادف داشت. هم چنین سابقه پیوند عروق دست به علت فلبیت را ٦ سال قبل و آبسه پری آنال را ٦ ماه قبل ذکر می‌کرد. در آخرین مراجعه به بیمارستان حضرت رسول(ص) بیمار با شکایت تب و لرز بستری شده بود. در معاینه علاوه بر تب بالا، هپاتومگالی و ادم اندام تحتانی در حد +۲، قابل مشاهده بود. در بررسی از نظر سپتی‌سمی براساس معاینات اولیه منشا عفونت مشخص نشد. پس از ۳ روز، بیمار با تشخیص احتمالی پنومونی، تحت درمان با سفتریاکسون و وانکومایسین قرار گرفت اما تب در طی روزهای بعد کاهش نیافت. نکات قابل توجه در آزمایش‌های انجام شده، عبارت بودند از: میلی‌متر۸۲=ESR در ساعت اول، افزایش آنزیم‌های قلبی [CPK=۷۲۸، CPK-MB=٦۲(۲/۵ تا ۳ برابر طبیعی)] افزایش تروپونین T و افت واضح قطعه ST در EKG. با شک به انفارکتوس میوکارد و کنار گذاشتن ترومبوآمبولی ریه، برای بیمار مشاوره قلب و ریه صورت گرفت که در اکوکاردیوگرافی انجام شده در روز چهارم بستری، عمل‌کرد بطن چپ و میزان ejection fraction در حد طبیعی بود، مسئله پاتولوژیک دیگری، گزارش نگردید. در روز چهارم بستری، بیمار به علت لتارژیک شدن به ICU منتقل گردید. پس از آن به تدریج دچار کاهش فشار خون شد که با وجود استفاده از دوپامین و اقدامات دیگر در نهایت در روز پنجم بستری فوت کرد. از ۲ نوبت کشت خون بیمار که قبل از شروع آنتی‌بیوتیک انجام شده بود، لیستریامونوسیتوژن، جدا گردید.

معرفی بیمار دوم

مورد دوم خانم ۳۰ ساله و مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک بود که در ماه پنجم بارداری به علت تب در بیمارستان بستری شده بود. با هیدراته کردن بیمار و اقدامات اولیه تب به طور موقت قطع شد و بیمار مرخص گردید اما ٢٤ ساعت پس از مرخص شدن از بیمارستان، به علت کاهش حرکات جنین و ادامه تب به طور مجدد به بیمارستان مراجعه کرد. پس از گرفتن کشت خون و شروع درمان با آنتی‌بیوتیک به علت کاهش ضربان قلب جنین، به حاملگی خاتمه داده شد. به دنبال ختم حاملگی تب بیمار قطع گردید و حال عمومی وی به طور سریع بهبود یافت. از ۳ نوبت کشت خون ارسال شده، لیستریا مونوسیتوژن جدا گردید.

بحث

مطالعات زیادی در مورد لیستریوزیس و اپیدمیولوژی آن در سراسر جهان در حال انجام شدن است.[۵] موقعیت‌های زیادی برای آلودگی با لیستریا، طی مراحل تهیه غذا وجود دارد. در یک مطالعه، میزان بروز لیستریوزیس در جمعیت عمومی ۰/۷ در ۱۰۰/۰۰۰ و در زنان حامله ۱۲ در ۱۰۰/۰۰۰ زن حامله(۱۷ برابر میزان طبیعی) گزارش شده است.[۱۸] همان طور که گفته شد علل متعددی در رابطه با مهار ایمنی وجود دارد که در مطالعه Siegman Igra و هم کارانش[۵] شامل لوپوس اریتماتوی سیستمیک یا SLE(۱ مورد از ٦۹ مورد مبتلا به لیستریوزیس، در بیماران غیر پری‌ناتال) بوده است.

از ١٦ مطالعه Case-Series اخیر در مورد لیستریوزیس (۱۰ مطالعه مربوط به گروه غیر پری‌ناتال و ٦ مطالعه مربوط به گروه پری‌ناتال) که هر مجموعه حداقل شامل ۱۵ بیمار بود، هیچ یک مربوط به کشور آسیایی که هر دو مجموعه را با هم مطالعه کرده باشد، نبود. در این رابطه چند مطالعه به صورت خلاصه نام برده می‌شود که عبارتند از: مطالعه Melauchlin و همکاران[۱۲] در سال ۱۹۹۰، روی ۷۲۲ بیمار طی ۱۸ سال، مطالعه Gellin و همکاران[٦] در سال ۱۹۹۱، روی ٢٤٦ بیمار طی سال ۱۹۸٦، مطالعه Cherubin و همکاران[۱۹] در سال ۱۹۹۱، روی ۱۱۹ بیمار طی ۱۷ سال، مطالعه Craig و همکاران[۲۰] در سال ۱۹۹٦، روی ٢٤ بیمار در طی ۱۱ سال، مطالعه Nollasallas و همکاران[۲۱] در سال ۱۹۹۸، روی ۱۳۵ بیمار طی ٦ سال، مطالعه Siegman Igra و همکاران[۵] در سال ۲۰۰۱، روی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-15]

۱۵٦ بیمار طی ٤ سال. با توجه به نتایج حاصل از ۱٦ مطالعه اخیر می‌توان گفت که بیش‌ترین میزان مرگ و میر ناشی از لیستریوزیس در گروه پری‌ناتال و به میزان ٤٥٪ در مطالعه Siegman Igra و همکارانش[٥] بود که می‌تواند در ارتباط با میزان بیش‌تر بافت‌های سقط شده‌ای که کشت داده شده بودند، باشد. متوسط موارد مرگ ناشی از لیستریوزیس در گروه غیر پری‌ناتال ۳٦٪ بود که این مقدار مرگ و میر بالا نشان دهنده عفونت جدی و شدید با لیستریامونوسیتوژن و نیز شرایط بالینی بیماران می‌باشد.[٥] در مواردی که میزان مرگ و میر بالاتری گزارش شده بود، لیستریوزیس با عفونت‌های CNS و نقص ایمنی همراه بوده است.[٤، ٦، ۸، ۲۲و ۲۳] تفاوت موجود در میزان شیوع و دیگر خصوصیات اپیدمیولوژیک بین مطالعات انجام شده در مراکز پزشکی و حتی بین مطالعات در یک مرکز، می‌تواند نشان دهنده این مطلب باشد که بسیاری از موارد بیماری تشخیص داده نشده است بنابراین موارد گزارش شده ممکن است نشان دهنده شیوع واقعی بیماری در جامعه نباشد. این مطلب در مورد عفونت‌های پری‌ناتال که تشخیص لیستریامونوسیتوژن به راحتی داده نمی‌شود، به خصوص زمانی که به طور معمول کشت بافت‌های جنینی سقط شده، خون و سایر کشت های لازم، در زنان حامله تب‌دار انجام نشود، صادق است. طبق بررسی انجام شده در مطالعه حاضر طی ۱۰ سال گذشته، تنها ۲ موردکشت مثبت لیستریا مونوسیتوژن از کشت خون ۲ بیمار، در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ وجود داشت که خود آماری قابل توجه است. از سوی دیگر، با مطالعه پرونده پزشکی هر ۲ بیمار معرفی شده که تشخیص قطعی آن‌ها لیستریوزیس بود، مشخص شد که شک بالینی پزشکان در مورد هیچ یک از آن‌ها سپسیس ناشی از لیستریوزیس نبوده است و عامل بیماری‌زا تنها در کشت‌های خون انجام شده، کشف شده است. نکته قابل توجه دیگر در بازبینی مطالعات انجام شده گزارش تنها ۱ مورد بیماری لیستریوزیس در خانم حامله با بیماری SLE در ۱٦ مطالعه اپیدمیولوژیک اخیر[٥] بود و هیچ گونه گزارشی از لیستریوزیس، در گروه بیماران غیر پری‌ناتال یا بیماری میلوفیبروز ایدیوپاتیک وجود نداشت در مجموع و با در نظر گرفتن مسایل مطرح شده در این زمینه بر مواردی تأکید می‌شود که عبارتند از: ۱- ضرورت در نظر گرفتن لیستریوزیس در بیماران مسن تب دار و با علائم سپسیس، گوارشی و عصبی و حتی حمله مغزی به خصوص در همراهی با برخی از وضعیت‌های خاص که به نقص سیستم ایمنی منجر می‌گردد و نیز در خانم‌های حامله تب‌دار، در هر سن حاملگی با یکی از علائم عفونت شبه آنفلوآنزا، آمنیوتیت بالینی یا زایمان زودرس و انجام کشت خون به طور معمول در این بیماران. ۲- درمان تجربی با آمپی‌سیلین، در مننژیت و سپسیس نوزادان و افراد مسن و دارای ضعف سیستم ایمنی و نیز خانم‌های حامله و تب‌دار بدون یک منبع عفونت مشخص تا آماده شدن جواب کشت‌های میکروبی باید همواره در نظر گرفته شود. ۳- توجه به اهمیت و لزوم وجود آزمایشگاه‌های استاندارد میکروب‌شناسی با امکانات لازم و پرسنل مجرب در هر بیمارستان عمومی و استفاده از یک آسیب‌شناس بالینی جهت تفسیر و مطابقت دادن نتایج کشت‌های میکروبی با علائم بالینی بیمار. ٤- در خاتمه با توجه به عدم وجود مطالعات جامع در زمینه اپیدمیولوژی این بیماری در ایران، پژوهش در این زمینه ضروری بوده و پیشنهاد می‌گردد.

منابع

1- Lober B. Listeriosis. Clin Infect Dis 1997; 24: 1-11.

2- Bercroft DMO, Farmer K, Seddon RJ, Sowden R, Stewart JII, Vines A, et al. Epidemic listeriosis in the newborn. Br Med J 1971; 3: 747-51.

3- Reisner BS, Woods GL, Medical bacteriology in: Henry JB, editor. Clinical and diagnosis management by laboratory methods. 20th ed, Philadelphia: Saunders company; 2001. P. 1088-1118.

4- Schuchat A, Deaver KA, Wenger JD, Plikagtis BD, Mascolal, Pinner RW, et al. Role

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-15]

of foods in sporadic listeriosis. 1. Case-Control study of dietary risk factors the listeria study group. JAMA 1992 Apr 15; 267(15): 2041-5.

5- Siegman Igra Y, Levin R, Weinberger M, Golan Y, Schwartz D, Samra Z, et al. Listeria monocytogenes infection in Israel and review of cases worldwide. Emerg. Infect. Dic 2002, 8: 305-10.

6- Gellin BG, Broome CV, Bibb EF, Wearer RE, Gaventas, Mascola L, et al. And the listeriosis study Group. The epidemiology of listeriosis in the United States. 1986 AM J Epidemiol 1991; 133: 392-401.

7- Louria DB, Blevins A, Armstrong D. Listeria infections. Ann NY Acad Sci 1970; 174: 545-51.

8- Melauchlin J. Human listeriosis in Britian, 1967-85, a summary of 722 cases. 2. Seasonal incidence Epidemiol infect 1990; 104: 191-201.

9- Goulet V, Marchetti P, Listeriosis in 225 non-Pregnant patients in 1992; Clinical aspects and outcome in relation to predisposing conditions. Scand J Infect Dis 1996; 28: 367-74.

10- Bula CJ, Bille J, Glauser MP. An epidemic of food borne listeriosis in western switzerland: description of 57 cases involving adults. Clin Infect Dis 1995; 20: 66-72.

11- Aureli P, Fiorucci GC, Caroli D, Marchiaro G, Novara O, Leone L, et al. An outbreak of febril gastroentritis associated with corn contaminated by listeria monocytogenes. N Engl. J. Med 2000; 342: 1236-41.

12- Melauchlin J. Human listeriosis in Britain, 1967-85, a summary of 722 cases. 1. Listeriosis during pregnancy and in the newborn. Epidemiol Infect 1990; 104: 181-90.

13- Yankowitz I and pastorek II, JG. Maternal and fetal viral infections including listeriosis and toxoplasmosis. In: D.K. James, J.P. Steer, C.P.Weiner and B. Gonik(eds). High Risk pregnancy management options. 3rd ed. North Yorkshire: W.B.Saunders; 2001. P. 525-58.

14- Tappero JW, Schuchat, Deaver KA, Mascola L, Wenger JD. Reduction in the incidence of human listeriosis in the United states. Effectiveness of prevention efforts? The listeriosis Study group. JAMA 1995 Apr 12; 273(14): 1118-22.

15- Silver HM. Listeriosis during pregnancy, obster Gynecol Surv 1998; 53: 737-40.

16- Varsha Gupta, Vikas Gautam, Neera Meht, Ibha, Kumari and R.M Joshi. Listeriosis in second trimester of pregnancy: Case report from India. Jpn. J infect Dis 2003; 56: 60-1.

17- Southwick F, Purich D. Intracellular pathogenesis of listeriosis. N. Eng. J. Med 1996; 334: 770-6.

18- Cherubin CE, Appleman MD, Heseltin PNR, Khayr W, Stratton CW. Epidemiological spectrum and current treatment of listeriosis. Rev Infect Dis 1991; 13: 1108-14.

19- Craig S, Permezel M, Doyle L, Mildenhall L, Garlandz. Perinatal infection with listeria monicytogenes. Aust N2. J Obstet Gynaecol 1996; 36: 286-90.

20- Nolla Salas J, Bosch J, Gasser I, Vinasl, de simon M, Almela M, et al. Perinatal listeriosis: a population based multicenter study in Barcelona, Spain(1990-1996). Am J Perinatal 1998; 15: 461-7.

21- Skogberg K, Syrjanen J, Jahkola M, Renkonen OV, Paavonen J, Ahonen J, et al. Clinical presentation and outcome of listeriosis in patients with and without immunosuppresive therapy. Clin infect Dis 1992; 14: 815-21.

22- Mylonakis E, Hohmann EL, Calderwood SB. Central nervous system infection with listeria Monocytogenes. Medicine(Baltimore) 1998; 77: 313-36.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-15]

Listeriosis: Two Reported Cases From Iran

***N. Shayanfar, MD**[I] **A. Jalilvand, MD**[II]

Abstract

Listeria monocytogenes, a gram-positive bacillus growing in 4°c, is a ubiquitous pathogen with food-borne transmission, mostly. Listeriosis is an uncommon disease in a healthy immunocompetent individual, whereas two thirds of listeriosis cases have occurred in immunocompromised persons in whom it causes high mortality rate. The rest of listeriasis cases ($^1/_3$) have been seen in pregnant women in whom it causes high fatality rate due to abortion, full-term stillbirth or neonatal infections. Although listeriosis is increasingly recognized as a cause of life-threatening disease, there are certain countries (particularly Asian countries) that have reported only a few cases or have failed to report even a single case. Because of the absence of a perfect study or even a few reported cases of listeriosis in Iran, it was decided to report two cases of perinatal and nonperinatal infections with listeria monocytogenes. The first patient was a 63-year-old woman with diabetes mellitus. She was a known case of idiopathic myelofibrosis from 10 years ago who was hospitalized because of fever and chill. At first she was diagnosed with myocardial infarction, due to elevation of cardiac enzymes(CPK, CPK-MB, Troponin T) and ST segment depression in EKG, but finally, on the 4th day of admission, the patient became lethargic and had respiratory distress, pulmonary edema, loss of conciousness and blood pressure depression. On the 5th day, she expired because of respiratory and cardiac arrest. The blood cultures of her were positive for listeria monocytogenes for two times. The second patient was a 30-year-old woman at the 20th week of gestation. She was a known case of systemic lupus erythematosus(SLE), under treatment of corticosteroid, who was admitted for fever. After two days, doctors terminated the pregnancy for her because of fetal heart rate decrease. Then, the fever was reduced and finally the patient was discharged from hospital with good condition. Listeria monocytogenes was isolated three times from patient's blood cultures.

Key Words: 1) Listeria Monocytogenes 2) Listeriosis

3) Pregnancy 4) Systemic Lupus Erythematosus

5) Idiopathic Myelofibrosis

I) *Assistant Professor of Pathology. Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)*
II) *Resident of Pathology. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2025-07-15]