

اهمیت بالینی لنفوسیت‌های واکوئله

● دکتر حبیب اله گل افشان

دکترای علوم آزمایشگاهی، عضو هیئت علمی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

golafshanh@yahoo.com



● دکتر ناهید نصیری

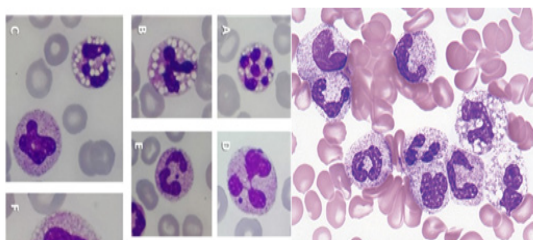
دکترای تخصصی خون شناسی، عضو هیئت

علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

nahid.nasiri89@gmail.com



با بدخیمی‌های سلول‌های T که دارای هسته با لوب‌های شعاعی هستند اشتباه گرفته شوند. چنانچه از نمونه خون بیمار بدون ضد انعقاد یا ضد انعقاد EDTA به صورت فوری گستره تهیه شود و واکوئل‌های سیتوپلاسمی در نوتروفیل یا سلول‌های باند مشاهده شود بیانگر فاگوسیتوز میکروب در یک بیمار تب دار بوده و نشانه خوب و فوری برای شناسایی سپسیس (Sepsis) است و گفتنی است که این آزمایش آسان و فوری ساعات طلایی درمان سپسیس را به پزشک اطلاع می‌دهد.



واکوئله شدن نوتروفیل و باند به تنهایی و یا همراه با اجسام دهلی و گرانولاسیون توکسیک که به شرط تهیه فوری گستره از نشانه‌های عفونت جدی یا سپسیس است. مشاهده واکوئل در سیتوپلاسم مونسیت دارای اهمیت بالینی نیست زیرا مونسیت‌ها با خروج خون از بدن و در لوله آزمایش به سرعت واکوئله می‌شوند. گرچه واکوئل شدن سیتوپلاسم نوتروفیل و مونسیت پدیده‌ای شایع در هماتولوژی است ولی واکوئله شدن لنفوسیت که سلول ریزه‌خوار نیست پدیده‌ای غیرمعمول بوده و ممکن است حضور آن‌ها بازتابی از یک بیماری ذخیره‌ای در کودک مبتلا به بیماری‌های ذخیره‌ای لیزوزومی باشد.

چکیده

واکوئله شدن سیتوپلاسم نوتروفیل‌ها و مونسیت‌ها در بیماری‌های عفونی و نیز به عنوان آرتیفکت آزمایشگاهی یک پدیده شایع در هماتولوژی است، در حالی که واکوئله شدن سیتوپلاسم لنفوسیت‌های بالغ و پیش‌سازهای خونی غیر معمول بوده و ممکن است بازتابی از بیماری‌های ذخیره لیزوزومی یا سایر اختلالات باشد. بررسی گستره خون محیطی یک روش سریع و مقرون به صرفه برای غربالگری بیماری‌های ذخیره‌ای لیزوزومی است. بیماری‌های ذخیره‌ای لیزوزومی گروهی از اختلالات ژنتیکی با جهش در ژن‌های پروتئین‌هایی هستند که در عملکرد لیزوزوم‌ها و تجزیه مواد نقش مؤثر دارند. تجمع مواد حد واسط متابولیک به دلیل این اختلالات متابولیک می‌تواند به صورت واکوئل در لنفوسیت‌ها مشاهده شود.

کلمات کلیدی: واکوئل، بیماری‌های ذخیره‌ای لیزوزومی،

لنفوسیت‌ها، سلول‌های پیش‌ساز خونی

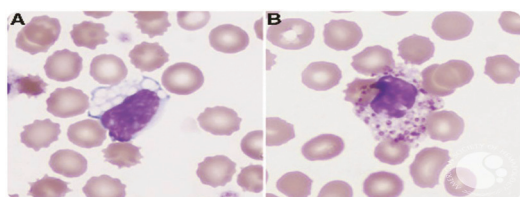
واکوئله شدن سلول‌های خون ممکن است آرتیفکت یا واقعی و بیانگر بیماری‌های زمینه‌ای متابولیک باشد. با مانده شدن خون در محیط آزمایشگاه سیتوپلاسم نوتروفیل‌ها و واکوئله شده و فیلامنت لوب‌ها از هم جدا می‌گردند. لوب‌ها بسیار فشرده و گرانول‌های زمینه به رنگ قرمز کم رنگ دیده می‌شوند که گاهی نوتروفیل با یک لوب فشرده شبیه به گلبول قرمز هسته دار می‌گردد. هسته لنفوسیت‌ها و مونسیت‌ها با مانده شدن خون به صورت شعبه شعبه (radial segmentation) درآمده که گاهی به آن‌ها سلول‌های ریدر (Rider) گویند و ممکن است



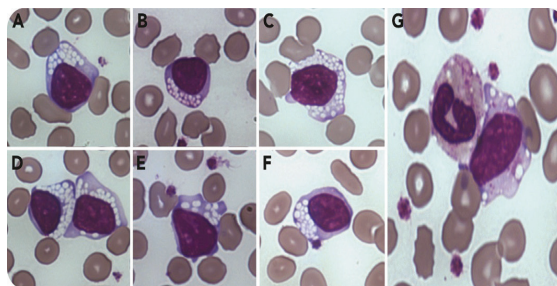
بیماری CLN3 شایع‌ترین فرم بیماری Ceroid Lipofuscinosis Neuronal است. این بیماری ارثی اختلال لیزوزومی است که موجب تجمع مواد اتوفلورسانس در تمام بافت‌ها به ویژه شبکیه و مغز می‌شود. بیماری ناشی از جهش در هر دو آلل ژن CLN3 است که فرآورده آن در هموستاز لیزوزوم‌ها نقش دارد. اختلالات فرسایشی نورولوژیک و از دست دادن بینایی از عواقب بیماری است. یافتن تعداد زیادی از لنفوسیت‌های واکوئله در کودک با دیستروفی شبکیه برای این بیماری اختصاصی است (۱، ۲). ارزیابی گستره خون محیطی در یافتن لنفوسیت‌ها با سیتوپلاسم واکوئله ممکن است در تشخیص بیماری‌های متابولیک سودمند باشد. طیفی از بیماری‌های متابولیک موجب تجمع محصولات متابولیک در سیتوپلاسم سلول‌ها می‌گردند. در مطالعه‌ای که طی سال‌های ۱۹۸۹ تا ۲۰۰۴ بر روی ۲۵۵۰ بیمار با علائم بالینی تأخیر در رشد، عدم تعادل، تشنج و کاردیومیوپاتی در طیف سنی ۲ تا ۸۸ سال انجام شد مشخص گردید که ۱۵۶ بیمار (۱/۱ درصد از بیماران) دارای لنفوسیت‌های واکوئله در خون محیطی بودند. شیوع لنفوسیت‌های واکوئله با درگیری چشم و کاهش بینایی حدود ۴۰ درصد موارد بیماری‌های ذخیره‌ای را به خود اختصاص داده است و بیشترین بیماری‌های متابولیک juvenile neuronal ceroid lipofuscinosis و کاهش اسید مالتاز (maltase acid) بوده است.

□ یافته‌های ویژه خون محیطی در بیماری ذخیره‌ای لیزوزومی GM gangliosidosis

لنفوسیت‌های واکوئله همراه با ائوزینوفیل‌های غیرطبیعی با گرانول‌های درشت و پراکنده در بیماری گانگلیوزیدوز دیده می‌شود. این بیماری به صورت اتوزوم مغلوب به ارث رسیده و ناشی از جهش در ژن GLB1 است که بتاگالاکتوزیداز را رمزدهی می‌کند.



لنفوسیت‌های واکوئله همراه با ائوزینوفیل‌های غیرطبیعی با گرانول‌های درشت و پراکنده در بیماری گانگلیوزیدوز



واکوئله شدن سیتوپلاسم لنفوسیت‌های بالغ بازتابی از بیماری‌های ذخیره‌ای بوده و به عنوان یک آزمایش غربالی برای بیمار مشکوک به بیماری ذخیره‌ای لیزوزومی سودمند است.

بیماری‌های ذخیره‌ای لیزوزومی گروهی از بیماری‌های ارثی هستند که دارای جهش در ژن‌هایی هستند که در عملکرد لیزوزوم‌ها نقش فعال دارند. این نقص لیزوزومی موجب انباشت ماکرو مولکول‌های تجزیه نشده شامل گلیکوپروتئین‌ها، گلیکواسفنگومیلین‌ها، لیپیدها و گلیکوژن در لیزوزوم‌ها می‌گردد. با توجه به مواد انباشته شده اختلالات متعدد چند ارگانی با درگیری مغز، چشم، گوش، ریه، قلب، طحال، کبد و پوست رخ می‌دهد. اختلالات هماتولوژی در برخی از بیماری‌های ذخیره‌ای لیزوزومی در سلول‌های خون رخ می‌دهد که گزارش آن راهی آسان و سری برای تشخیص این دسته از بیماری‌ها به ویژه در کودکان می‌باشد.

در بسیاری از موارد بایستی ۱۰۰ لنفوسیت مورد ارزیابی قرار گیرد و وسعت و درجه واکوئله شدن گزارش شود. از بیماری‌های متابولیک با واکوئل‌های ریز در لنفوسیت‌ها می‌توان به موارد ذکر شده در جدول ۱ اشاره کرد:

جدول ۱ - بیماری‌های ذخیره‌ای لیزوزومی با لنفوسیت‌های واکوئله

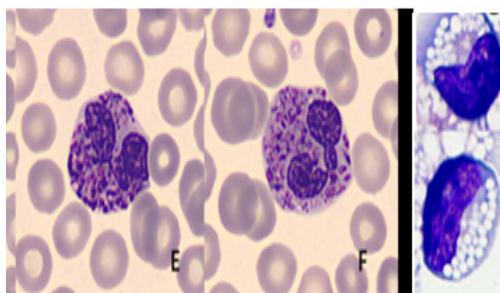
Table details	
Storage disorders with few small vacuoles in many lymphocytes	Storage disorders with many small vacuoles in many lymphocytes
1. Pompe's disease (acid maltase deficiency)	1. β -galactosidosis type 1 (β -galactosidase deficiency)
2. Wolman's disease (acid esterase deficiency)	2. I-cell disease (mucopolidosis II)
3. Niemann-Pick disease type A (acid sphingomyelinase deficiency)	3. Infantile sialic acid storage disease
	4. Sialidosis (α -neuraminidase deficiency)
	5. Galactosidosis
	6. Mannosidosis (α -mannosidase deficiency)
	7. Classic juvenile Batten's disease
	8. Morquio disease type B



ساکاریدها با تولوئیدین بلو و یا تتراساکارید گلوکز (GLC4) در بیماری پومپه از مارکرهای تشخیصی مواد انباشته شده می‌باشند.

با توجه به اینکه سلول‌های پیش‌ساز خون و حتی سلول‌های بالغ دارای ارگانل‌های لیزوزومی هستند از این رو انباشت مواد تجزیه نشده ممکن است در همه سلول‌های خون حتی پلاکت‌ها مشاهده گردند. با توجه به گزارش‌ها و مقالات چاپ شده این دسته از بیماری‌ها طیف سنی ۲ هفتگی تا ۷۰ سالگی را در بر می‌گیرند.

کم‌خونی خفیف در اکثر موارد بیماری‌های ذخیره‌ای لیزوزومی مشاهده می‌شود ولی بیشترین اختلالات مورفولوژی مربوط به لکوسیت‌ها می‌شود چون دارای لیزوزوم هستند. در بسیاری از گزارش‌ها اختلال در سلول بازوفیل مشاهده نگردیده ولی ائوزینوفیل‌های غیر طبیعی با گرانول‌های درشت و پراکنده در مواردی گزارش شده است. ائوزینوفیل با گرانول‌های صورتی آبی در برخی از آنالیزورها گزارش می‌شود که در واقع بازوفیلی کاذب می‌باشد (۳).

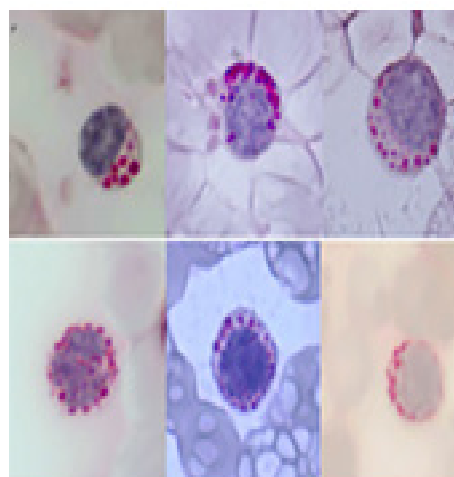


ائوزینوفیل‌های غیر طبیعی شبیه بازوفیل کاذب با گرانول‌های درشت و پراکنده و لنفوسیت‌های واکوئله در گانگلیوزیدوز

□ سندرم آلد‌ر ریلی

واکوئل‌های سیتوپلاسمی با سایزهای متغیر که گاهی اطراف آن‌ها لایه‌ای احاطه می‌کند (gasser cell) در لنفوسیت‌ها در موکوپلی ساکاریدوز به همراه گرانول‌های شبه توکسیک در نوتروفیل‌ها مشاهده می‌شود. ارزیابی گستره خون محیطی در کودکان مشکوک به بیماری‌های متابولیک برای مشاهده لنفوسیت‌های بالغ واکوئله به صورت مؤکد توصیه می‌شود (۴).

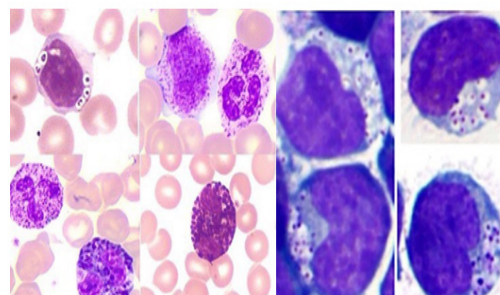
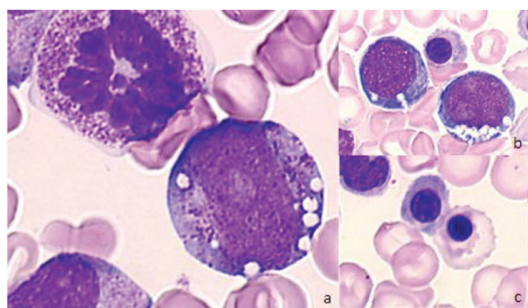
در بیماری پومپه (pompe) واکوئله شدن لنفوسیت‌ها متعاقب تجمع گلیکوژن رخ می‌دهد و رنگ آمیزی PAS (periodic acid schiff) تشخیص بهتری را فراهم می‌سازد. از این رو رنگ آمیزی لنفوسیت‌ها برای PAS روشی سریع در تشخیص موارد مشکوک به بیماری ذخیره‌ای پومپه است. در بیماری پومپه جهش در ژن آلفاگلوکوزیداز (GAA) موجب تجمع گلیکوژن در قلب، ماهیچه و لنفوسیت‌ها می‌گردد. یافتن لنفوسیت‌های واکوئله در افیوژن‌های جنین از قبیل مایع پلورال یا مایع آسیت ممکن است خط اول تشخیص برای بیماری ذخیره‌ای لیزوزومی باشد و نیاز به آزمایش‌های اختصاصی بیوشیمی و ژنتیک را مطرح می‌سازد.



رنگ آمیزی (periodic acid schiff) PAS برای گلیکوژن لنفوسیت‌های واکوئله روشی سریع در تشخیص موارد مشکوک به بیماری ذخیره‌ای پومپه است.

فنوتایپ بیماران مبتلا به اختلالات ذخیره‌ای لیزوزومی در ارتباط با مواد ذخیره شده تجزیه نشده می‌باشد و ممکن است شامل تغییر چهره، قد کوتاه، اختلالات اسکلتی، بیماری‌های قلبی، هیپاتواسپلنومگالی و درگیری سیستم عصبی باشد.

تشخیص آزمایشگاهی بیماری‌های ذخیره‌ای لیزوزومی نیاز به مارکرهای مواد انباشته شده، فعالیت آنزیمی و آزمایش‌های مولکولی دارد. برای مثال رنگ آمیزی موکوپلی



سندرم وکساس دارای طیفی از علایم خود التهابی پوستی، هماتولوژی و روماتولوژی است. یافته مهم هماتولوژیک این سندرم واکنش شدن سری اریتروئیدی و مایلوئیدی است.

این سندرم دارای طیفی از علایم التهابی و درگیری چند ارگانی شامل پوستی، هماتولوژی و روماتولوژی است. راش‌های پوستی که ممکن است دردناک باشند، التهاب و تورم ساختارهای کاردیالژی، تورم و درد بینی و گوش، تنگی نفس و میوکاردیت از علایم مهم این سندرم می‌باشد (۵-۸).

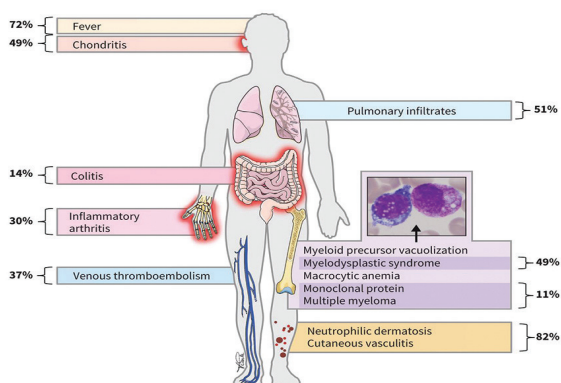
در آنومالی آلدرد ریلی یا موکوپلی ساکاریدوز مواد تجزیه نشده موکوپلی ساکاریدی به صورت بنفش پر رنگ در همه سلول‌های خون دیده می‌شوند. ممکن است بتوان در لنفوسیت‌ها و مونوسیت‌ها اطراف گرانول‌ها هاله روشن را مشاهده کرد.

□ سندرم VEXAS

واکنش شدن پیش سازهای اریتروئیدی و مایلوئیدی یک یافته دیس پلاستیک شایع در بدخیمی‌های میلوئیدی، مواجهه با توکسین‌ها و کاهش ریز مغذی‌هاست. واکنش شدن به عنوان مرکز مورفولوژی در سندرم Vexas گزارش شده است. در VEXAS حرف V به معنای واکنش، E به معنی آنزیم، X در رابطه با X-Linked، A به معنی التهاب خود ایمنی التهابی (autoinflammatory) و S به معنی سوماتیک می‌باشد.

جهش اکتسابی در ژن فعال کننده آنزیم Ubiquitin یا UBA1 بر روی کروموزوم X عامل بیماری است که موجب اختلالات التهابی در ارگان‌های مختلف بدن می‌گردد. بیماران مبتلا علاوه بر سایتوپنی دارای پیش سازهای واکنش شده میلوئیدی و اریتروئیدی در مغز استخوان هستند.

البته یادآوری می‌شود که واکنش شدن پیش سازهای اریتروئیدی و میلوئیدی به عنوان نمای دیسپلاستیک در کمبود مس، مسمومیت حاد با الکل، سندرم‌های میلودیس پلاستیک و لوسمی‌های حاد میلوئیدی نیز مشاهده می‌گردد. یافتن بیشتر از ۱۰ درصد پیش سازهای واکنش سری نوتروفیلی برای سندرم VEXAS آزمایشی حساس می‌باشد.



□ علایم بالینی سندرم وکساس

کاهش مس

کاهش مس علایمی از قبیل کم خونی، کاهش رنگدانه، افزایش کلسترول، اختلالات بافت پیوندی، استئوپروز، نواقص استخوانی، اختلال در متابولیسم لیپیدها و خطر بالای عفونت را در بر دارد. تشخیص از طریق اندازه گیری مس سرم، سروپلاسمین و اندازه گیری مس در ادرار ۲۴

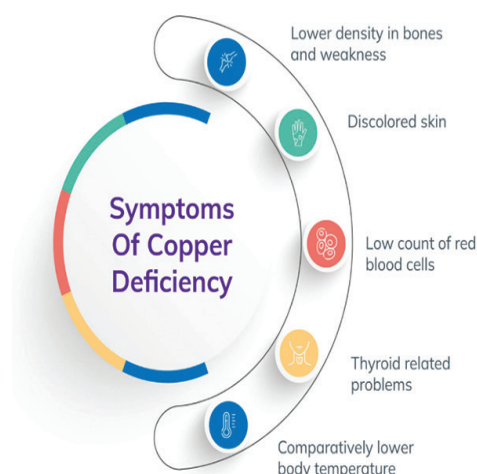


کاهش مس ممکن است منجر به کم خونی میکروسیتیک گردد. واکوئله شدن پیش سازهای اریتروئیدی و میلوئیدی در کمبود مس مشاهده می‌شود. گرچه روی (Zn) نقش مهمی در سلامت دارد ولی افزایش آن به صورت آنتاگونیست انتقال آهن و مس عمل می‌کند. کاهش روی موجب کاهش فاکتور نسخه برداری GATA1 گردیده و از این رو موجب کاهش سنتز هموگلوبین و گلبول‌های قرمز می‌شود (۹).

ساعته انجام می‌شود. مصرف زیاد روی (Zn) موجب کاهش جذب مس و از این رو سفارش می‌شود که همراه مصرف روی حدود ۲ میلی گرم مس نیز مصرف گردد. کمبود مس عوارض هماتولوژیکی از قبیل کم خونی، لکوپنی، نوتروپنی و ترومبوسیتوپنی را در بر دارد و گاهی تصویر مغزاستخوان در کمبود مس شبیه به سندرم‌های میلودیسپلاستیک می‌شود.



علائم بالینی کمبود روی (Zn)

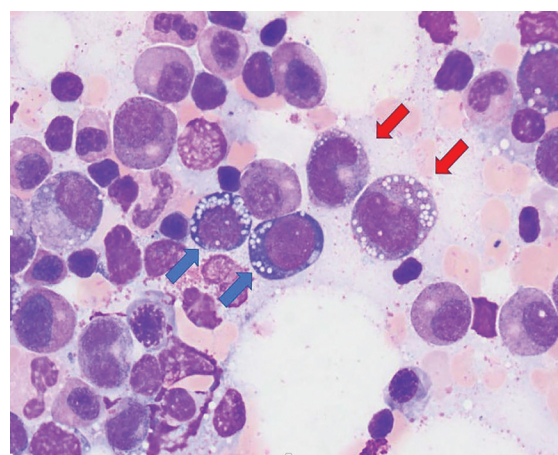


□ اثرات سایتوتوکسیک الکل

از اثرات سایتوتوکسیک الکل واکوئله شدن پیش‌سازهای گلبول‌های قرمز به ویژه پیش‌سازهای اولیه مانند پرونورموبلاست‌ها، اسیدوز متابولیک و هایپوگلیسمی ناشی از مسمومیت حاد با الکل است. گفتنی است که رنگ آمیزی واکوئل‌ها برای موارد مختلفی از قبیل تجمع چربی، موکوپلی ساکارید، پراکسیداز و فسفاتازها منفی است (۱۰).

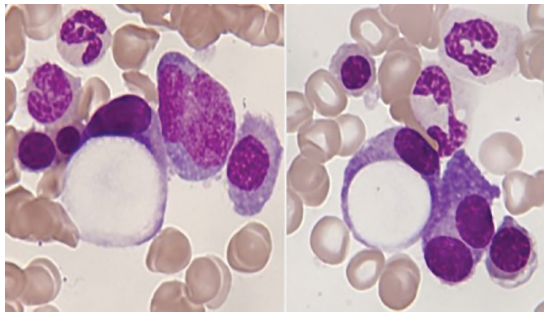
□ بلاست واکوئل دار

یافتن واکوئل در لنفوبلاست‌ها با سیتوپلاسم آبی تیره ابتلا به لوسمی ALL-L3 یا لنفوسیت‌های نوع بورکیت را مطرح می‌سازد. واکوئل‌ها از جنس لیپید بوده و در الکل رنگ آمیزی حل شده و به صورت ستاره در آسمان آبی نمایان می‌گردند.



واکوئله شدن پیش‌سازهای اریتروئیدی و میلوئیدی در کمبود مس

مس برای انتقال آهن به بافت خون ساز ضروری است.



سلول مات، اجسام راسل و پلاسما سل انگشتری

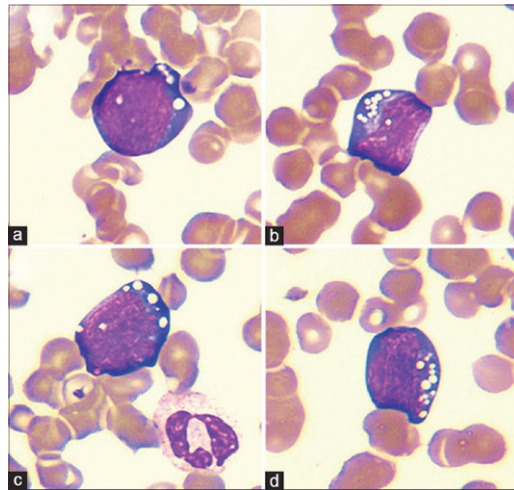
□ سندرم پیرسون (pearson)

سندرم پیرسون برای اولین بار با بروز کم خونی سیدروپلاستیک، واکوئل شدن پیش سازهای خون در مغز استخوان و اختلال ترشحي پانکراس گزارش گردید. بیماری پیرسون یک اختلال میتوکندریایی با حذف DNA میتوکندری است که به صورت کم خونی در اوایل کودکی بروز کرده و همراه با اختلال در ارگان‌های دیگر است که با علائم پیشرونده اسیدوز لاکتیک، کاهش ترشح پانکراس، اختلال عملکرد لوله‌های کلیوی، کاهش تونوسیت ماهیچه‌ای و اختلالات غدد برون ریز همراه می‌شود (۱۲).

□ آنومالی ژوردن (Jordan anomaly)

این آنومالی با مورفولوژی غیرطبیعی و حضور واکوئل‌های دائمی در گرانولوسیت‌ها و مونوسیت‌های خون محیطی و مغز استخوان نمایان می‌شود. این آنومالی با بیماری‌های ذخیره‌ای لیپیدهای نوترال (neutral lipid storage) همراهی دارد. جهش در ژن‌های PNPLA2 (که آنزیم آدیپوز تری گلیسیرید لیپاز را رمزدهی می‌کند) و ABHD5 که کوفاکتور ATG L را رمزدهی می‌کند عامل ایجاد بیماری است. واکوئل‌ها در این آنومالی حاوی لیپیدهای خنثی است که با رنگ آمیزی سودان بلک قابل تشخیص هستند (۱۳).

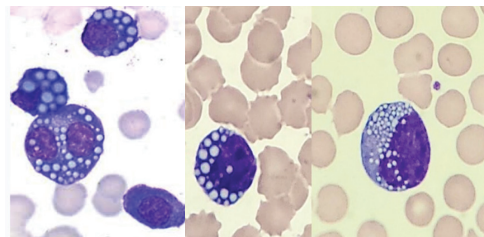
اَنوزینوفیل‌های کم گرانول و واکوئل‌های حاوی اجسام لیپیدی که در سندرم‌های مایلو دیس پلاستیک، سندرم هایپر اَنوزینوفیلی و نیز در بیماری‌های ذخیره‌ای یافت می‌شود.



لنفوبلاست تایپ بورکیت با سیتوپلاسم آبی سیر و واکوئل. این واکوئل‌ها به علت حل شدن قطرات چربی سیتوپلاسم در الکل رنگ آمیزی مشاهده می‌شوند

□ پلاسما سل واکوئل

گاهی ایمونوگلوبولین‌ها در پلاسما سل به علت اختلال در ترشح به صورت واکوئل‌های ریز تو خالی یا پر در می‌آیند که به آن‌ها اجسام راسل گفته می‌شود. امکان دارد تجمع گلوبولین‌ها به شکل یک واکوئل بزرگ نمایان شود و پلاسما سل را شبیه به سلول انگشتر (ring cell) در آورد که این سلول ممکن است در آدنوکارسینوما مشاهده شود. گاهی اشکال شبه پلاسما سل یا سلول B با واکوئل ریز و سیتوپلاسم آبی مشاهده می‌شوند که به آن‌ها سلول مات (mott cell) گفته می‌شود و ممکن است علاوه بر مالتیپل میلوما در عفونت‌های ویروسی نیز دیده شوند (۱۱).



References:

- 1- Leal AF, Nieto WG, Candelo E, Pachajoa H, Alméciga-Díaz CJ. Hematological Findings in Lysosomal Storage Disorders: A Perspective from the Medical Laboratory. *EJIFCC*. 2022 Apr 11; 33(1):28-42. PMID: 35645695; PMCID: PMC9092717.
- 2- Gregory A, Grabowski; Gaucher disease and other storage disorders. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2012; 2012 (1): 13–18. doi: <https://doi.org/10.1182/asheducation.V2012.1.13.3797921>.
- 3- Kuper WFE, Oostendorp M, van den Broek BTA, van Veghel K, Nonkes LJP, Nieuwenhuis EES, et al. Quantifying lymphocyte vacuolization serves as a measure of CLN3 disease severity. *JIMD Rep*. 2020 Jun 2; 54(1):87-97. doi: [10.1002/jmd2.12128](https://doi.org/10.1002/jmd2.12128). PMID: 32685355; PMCID: PMC7358670.
- 4- Lukefahr AL, Proytcheva M. Alder-Reilly Anomaly in the Cerebrospinal Fluid of a Child with Hurler Syndrome. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2018 Jan;40(1):74-75. doi: [10.1097/MPH.0000000000001041](https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000001041). PMID: 29200150.
- 5- Cherniawsky H, Friedmann J, Nicolson H, Dehghan N, Stubbins RJ, Foltz LM, et al. VEXAS syndrome: A review of bone marrow aspirate and biopsies reporting myeloid and erythroid precursor vacuolation. *Eur J Haematol*. 2023 Jun;110(6):633-638. doi: [10.1111/ejh.13944](https://doi.org/10.1111/ejh.13944). Epub 2023 Feb 22. PMID: 36788756.
- 6- Haines, P, Pullarkat, S, Said, J. VEXAS syndrome: Vacuoles in myeloid, erythroid, and lymphoid lineages. *Int J Lab Hematol*. 2023; 1-2. doi: [10.1111/ijlh.14168](https://doi.org/10.1111/ijlh.14168).
- 7- Obiorah IE, Patel BA, Groarke EM, Wang W, Trick M, Ombrello AK, Ferrada MA, Wu Z, Gutierrez-Rodrigues F, Lotter J, Wilson L, Hoffmann P, Cardona DO, Patel N, Dulau-Florea A, Kaštner DL, Grayson PC, Beck DB, Young NS, Calvo KR. Benign and malignant hematologic manifestations in patients with VEXAS syndrome due to somatic mutations in UBA1. *Blood Adv*. 2021 Aug 24;5(16):3203-3215. doi: [10.1182/bloodadvances.2021004976](https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2021004976). PMID: 34427584; PMCID: PMC8405186.
- 8- Patel N, Dulau-Florea A, Calvo KR. Characteristic bone marrow findings in patients with UBA1 somatic mutations and VEXAS syndrome. *Semin Hematol*. 2021 Oct;58(4):204-211. doi: [10.1053/j.seminhematol.2021.10.007](https://doi.org/10.1053/j.seminhematol.2021.10.007). Epub 2021 Oct 22. PMID: 34802541.
- 9- Dalal N, Hooberman A, Mariani R, Sirota R, Leslingi T. Copper deficiency mimicking myelodysplastic syndrome. *Clin Case Rep*. 2015 May;3(5):325-7. doi: [10.1002/ccr3.207](https://doi.org/10.1002/ccr3.207). Epub 2015 Feb 28. PMID: 25984314; PMCID: PMC4427377.
- 10- Yeung KY, Klug PP, Lessin LS. Alcohol-induced vacuolization in bone marrow cells: ultrastructure and mechanism of formation. *Blood Cells*. 1988;13(3):487-502. PMID: 3382754.
- 11- Kanoh T, Yasuda N, Takamatsu T, Uchino H. Vacuolated plasma cells in multiple myeloma. *Tohoku J Exp Med*. 1986 Apr;148(4):361-4. doi: [10.1620/tjem.148.361](https://doi.org/10.1620/tjem.148.361). PMID: 3526637.
- 12- Tadiotto E, Maines E, Degani D, Balter R, Bordugo A, Cesaro S. Bone marrow features in Pearson syndrome with neonatal onset: A case report and review of the literature. *Pediatric blood and cancer*. 2018; 65(4).
- 13- Safavi M, Vasei M, Motamed F. Jordans' Anomaly as a Red Flag for Neutral Lipid Storage Diseases. *Fetal Pediatr Pathol*. 2022 Jun;41(3):526-528. doi: [10.1080/15513815.2020.1831663](https://doi.org/10.1080/15513815.2020.1831663). Epub 2020 Oct 14. PMID: 33966594.

