لیزرپزشکی؛ ۱۳۹۰، دورهٔ ۸، شمارهٔ ۳، صفحات: ۱۳-۶.

مقاله پژوهشی

تصویربرداری اپتیکی پلاریزاسیونی از ضایعات رنگدانه‌ای پوست: مقایسه، فواید و چالش‌ها

آرزو ذاکری[۱]
محمدحسین میران بیگی[۲]
پروین منصوری[۳]

[۱] دانشجوی دکتری مهندسی پزشکی، دانشکده برق و کامپیوتر، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[۲] دانشیار برق و کامپیوتر، دانشکده برق و کامپیوتر، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
[۳] استاد پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده* مسئول: آرزو ذاکری، تلفن ۰۹۳۵۴۴۳۴۳۷۸
پست الکترونیک: zakeri_aa_ee@yahoo.com

خلاصه

مقدمه: ملانوما یکی از خطرناک‌ترین سرطان‌های پوست به‌شمار می‌رود و تشخیص در مراحل اولیه فقط می‌تواند به درمان آن کمک کند. درماتوسکوپی به‌عنوان رایج‌ترین روش بررسی غیر تهاجمی ضایعات رنگدانه‌ای و غیر رنگدانه‌ای پوست مبتنی بر استنتاج‌های چشمی است. به‌علاوه این تکنیک نمی‌تواند تخمین دقیقی از مرحلهٔ بیماری ارائه دهد.

روش بررسی: مشخصه‌سازی پلاریزاسیونی بافت ضایعات پوستی با استفاده از تفسیر تصاویر ماتریس مولر و بردار استوکس به‌عنوان یک روش مکمل درماتوسکوپی برای استخراج اطلاعات کمّی و کیفی بیشتر پیشنهاد می‌شود که می‌تواند در درک تغییرات مورفولوژیکی ضایعه در مراحل مختلف بیماری به پزشک کمک نماید.

یافته‌ها: استفاده از نور پلاریزه در تصویربرداری باعث افزایش کنتراست تصاویر می‌گردد به‌طوری‌که ویژگی‌های متمایزکنندهٔ ضایعات رنگدانه‌ای برجسته‌تر می‌شود. مراحل مختلف سرطانی شدن ضایعات با تغییر در اندازه، شکل و تجمع سلول‌های ملانوسیت و تغییر در ساختار فیبرهای کلاژن همراه است. برهمکنش نور پلاریزه با بافت در اثر این تغییرات مورفولوژیکی سلول‌ها تغییر می‌کند. برخی تغییرات مانند تجمع رگ‌های خونی چندریختی در زیر ضایعهٔ ملانوما می‌تواند باعث ایجاد ریتاردنس دایروی در نور پلاریزهٔ برگشتی از بافت شود و به‌عنوان پارامتری برای تفکیک این ضایعات از نوع خوش‌خیم به‌کار برده شود.

نتیجه‌گیری: با پایش تغییرات با مشخصه‌سازی پلاریزاسیونی بافت و استخراج پارامترهای پلاریزاسیونی می‌توان اطلاعاتی از فیزیولوژی ضایعه و مرحلهٔ بیماری ارائه داد.

واژه‌های کلیدی: بردار استوکس، تصویربرداری اپتیکی پلاریزاسیونی، درموسکوپ، ملانوما، ماتریس مولر

مقدمه

از میان انواع سرطان‌های پوست، ملانوما خطرناک‌ترین نوع آن‌ها می‌باشد و عامل ۷۵درصد از کل مرگ‌ومیرهای ناشی از سرطان پوست است و منشأ آن سلول‌های ملانوسیت در لایهٔ بازال اپیدرم است [۱]. یک ضایعهٔ خوش‌خیم با تجمع سلول‌های ملانوسیت تشکیل می‌شود و با تغییرات در اندازهٔ هستهٔ سلول‌ها، چند ریختی شدن آن‌ها و افزایش تعداد آن‌ها به ضایعهٔ دیسپلاستیک تبدیل می‌گردد، پس از این‌که سلول‌ها به‌اندازهٔ کافی بزرگ شدند، فاز رشد شعاعی ضایعه آغاز می‌شود. این مرحله، فاز سرطانی شدن سلول‌ها است و به آن ملانوما در محل نیز گفته می‌شود. پس از آن، سلول‌های ملانوما با نفوذ به لایهٔ درم و برهم زدن ساختار فیبرهای کلاژن، شروع به رشد عمقی می‌کنند. بعد از اینکه سلول‌های سرطانی خود را به دیوارهٔ رگ‌های خونی در درم رساندند با نفوذ به آن وارد جریان خون می‌شوند و ملانومای متاستاز را تولید می‌کنند که این مرحله فاز پایانی و کشندهٔ ملانوما است [۲]. تنها کلید درمان این بیماری، تشخیص آن در مراحل اولیه است.

بیش از ۳۰ سال است که از درموسکوپ به‌عنوان ابزاری اپتیکی و غیر تهاجمی برای بررسی ضایعات رنگدانه‌ای و غیر رنگدانه‌ای پوست استفاده می‌شود. به‌کمک این ابزار ساختارهای آناتومی که با چشم غیر مسلح قابل رؤیت نیستند، بهتر دیده می‌شوند. استفاده از این ابزار تا حدود زیادی به تخصص پزشک بستگی دارد و از فرد به فرد متغیر است، دقت تشخیصی آن پایین است و تکرارپذیری و تعمیم‌پذیری تشخیص نیز کم است. علاوه بر این

استفاده از آن تنها به استخراج ویژگی‌های ظاهری و مورفولوژی ضایعه می‌انجامد و ازآنجاکه این تغییرات کند و جزئی هستند، نمی‌توان تنها با استفاده از آن تشخیص دقیقی برای ضایعه داد بنابراین در اکثر موارد بیمار برای بیوپسی ارجاع داده می‌شود. بیوپسی علاوه بر تهاجمی بودن، دردناک، زمان‌بر و پرهزینه نیز می باشد و نیاز به رضایت بیمار و تخصص پزشک دارد. اما مسئلهٔ مهم این است که تنها در ۱۰درصد موارد ضایعهٔ سرطانی تشخیص داده می‌شود و این بدان معناست که ۹۰درصد بیماران، بیوپسی غیرضروری را متحمل شده‌اند [۳].

ازآنجاکه روش‌های تشخیص بر مبنای تکنیک‌های اپتیکی غیر تهاجمی هستند و بافت را دست‌نخورده باقی می‌گذارند مورد استقبال قرار گرفته‌اند. علاوه بر این هزینهٔ تکنیک‌های اپتیکی بسیار کم است. بنابراین نیاز است تا روش‌های جدید اپتیکی گسترش یابند و ابزارهای جدیدی طراحی شوند تا هم پزشکان و هم بیماران از آن سود برند.

نور پلاریزه نوری است که میدان الکتریکی آن تنها در یک جهت نوسان می‌کند. برهمکنش نور پلاریزه با بافت، دارای خواص منحصربه‌فردی است که امکان درک فیزیولوژی و عملکرد ضایعات پوستی را فراهم می‌کند. اگر در درموسکوپ از نور پلاریزه استفاده شود می‌توان درموسکوپی را بدون استفاده از واسطهٔ مایع و بدون تماس با پوست انجام داد [۴]. اما کیفیت تصاویر با استفاده از این دو تکنیک متفاوت است که در این تحقیق به آن می‌پردازیم. استفاده از نورپلاریزه در تصویربرداری باعث افزایش کنتراست تصویر می‌شود. در [۵] با در نظر گرفتن آثار فیزیکی تأثیر نور پلاریزه برروی تصاویر درموسکوپی، فیلتر پلاریزه به‌صورت نرم‌افزاری طراحی و بر تصاویر معمولی درموسکوپی اعمال شده است و از آن به‌عنوان تکنیکی برای افزایش کنتراست مرزهای ضایعه و بهبود ناحیه‌بندی ضایعه در تشخیص خودکار توسط کامپیوتر بهره گرفته شده است.

ازآنجاکه بافت پوست انسان دارای خواصی است که بر حالت پلاریزاسیون نور تابشی تأثیر می‌گذارد، بنابراین با مشخصه‌سازی پلاریزاسیونی بافت پوست سالم و سرطانی می‌توان اطلاعات کمّی و کیفی بهتری از ضایعه استخراج کرد و از آن برای تشخیص قطعی‌تر بهره برد. در واقع، ماتریس مولر تابع تبدیل یک سیستم اپتیکی است که بیانگر تمام خواص پلاریزاسیونی نمونهٔ مورد بررسی است [۶]. در تحقیقی که اخیراً انجام شده است[۷] از تصاویر بردار استوکس و تصویر درجهٔ پلاریزاسیون خطی (DOLP) برای مشخصه‌سازی ضایعات رنگدانه‌ای پوست استفاده شده و نشان‌داده‌شده است که تصویر DOLP در طول موج‌های مختلف در مقایسه با تصویر درموسکوپی، دارای کنتراست و رزولوشن بهتری در نمایش توزیع رنگدانه و اطلاعات مورفولوژیکی ضایعه است. همچنین مقادیر درجهٔ پلاریزاسیون خطی در ناحیهٔ ضایعه نسبت به بافت سالم اطراف آن بیشتر است. در [۸] تأثیر اندازه، شکل و ساختار فیبرهای کلاژن در فانتوم‌های شبیه‌ساز پوست بر المان‌های ماتریس مولر بررسی شده است.

هدف از این تحقیق مقایسهٔ تکنیک تصویربرداری اپتیکی معمولی از ضایعات رنگدانه‌ای پوست با تکنیک تصویربرداری پلاریزاسیونی و نشان دادن قابلیت نور پلاریزه در برجسته نمودن ویژگی‌های متمایزکنندهٔ انواع ضایعات رنگدانه‌ای است سپس به بررسی پارامترهای تأثیر گذار ضایعات پوستی بر حالت پلاریزاسیون نور تابشی پرداخته می‌شود و در پایان مشخصه‌سازی پلاریزاسیونی ضایعات پوستی و چالش‌های مربوط به آن به‌عنوان روشی برای کمّی‌سازی و استخراج ویژگی‌های دقیق‌تر ضایعه برای درک فیزیولوژی و عملکرد ضایعه پیشنهاد می‌شود.

مقایسهٔ تصویربرداری اپتیکی پلاریزاسیونی و غیر پلاریزاسیونی

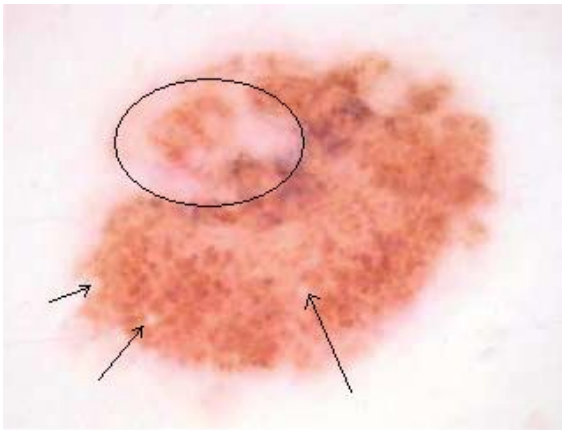
درموسکوپ رایج‌ترین ابزار جهت بررسی ضایعات پوستی است. این ابزار با بزرگ‌نمایی ضایعه امکان مشاهدهٔ ساختارهای آناتومیکی را بهبود داده و باعث افزایش دقت تشخیص نسبت به چشم غیر مسلح شده است. تاکنون درموسکوپی تنها با منبع نور غیر پلاریزه و با استفاده از واسطهٔ مایع برای کاهش انعکاس‌ها از سطح انجام می‌شده است، اما اخیراً محققان به استفاده از نور پلاریزه در این روش تصویربرداری رو آورده‌اند [۸-۴]. در درموسکوپی با نور پلاریزه که با قرار دادن دو فیلتر پلاریزه یکی در مقابل منبع نور هالوژنی آن و دیگری در مقابل دوربین، نیازی به استفاده از واسطهٔ مایع بین درموسکوپ و پوست نیست. این تکنیک امکان مشاهدهٔ ساختارهای عمقی پوست را نیز فراهم می‌کند که با درموسکوپ معمولی قابل مشاهده نیستند [۴]. در جدول ۱ این دو تکنیک تصویربرداری به‌صورت خلاصه مقایسه شده‌اند و تفاوت ویژگی‌های ضایعات رنگدانه‌ای توسط این دو تکنیک تصویربرداری مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۱: تفاوت تصاویر ضایعات رنگدانه‌ای پوست در درموسکوپی معمولی و پلاریزاسیونی

ویژگی‌های عمومی	درموسکوپی معمولی	درموسکوپی پلاریزاسیونی
رنگ پوست	سفید/زرد	صورتی/قرمز
رنگ ضایعه	سیاه، قهوه‌ای روشن و تیره، صورتی، قرمز، سفید آبی، آبی مایل به خاکستری	رزلوشن رنگ‌های مختلف کمتر است (بخصوص رنگ‌های آبی و سفید)
تقارن	تقارن شکل ضایعه واضح‌تر است	تقارن توزیع رنگدانه واضح‌تر است
مرزهای ضایعه	مرزهای صاف	مرزهای دندانه دار
ساختارهای شبکه‌ای، شبکه رنگدانه	کنتراست کمتر نسبت به زمینه	کنتراست بیشتر
ساختارهای مرکزی و محیطی	وضوح کمتر	وضوح بیشتر
نقطه‌های سیاه در ضایعه	وضوح کمتر	وضوح بیشتر
رنگدانه‌های پراکنده	همگن و مشابه	متفاوت و جورواجور
نواحی شبه زخم	سفید	متمایل به صورتی

همان‌طورکه در جدول ۱ مشخص است، علیرغم اینکه برخی جزئیات در درموسکوپی پلاریزاسیونی از بین می‌روند، ولی جنبه‌های ویژه‌ای از ضایعات در تصاویر گرفته شده توسط تکنیک پلاریزاسیونی برجسته می‌شوند که در درموسکوپی معمولی مشخص نیستند[۹].

شکل ۱ تفاوت تصویر درموسکوپی معمولی و با نور پلاریزه از یک ضایعهٔ ملانوسیتی مادرزادی را نشان می‌دهد. تفاوت‌های این دو تصویر که در جدول ۱ به آن‌ها اشاره شد، قابل بررسی است. در تصویر درموسکوپی معمولی نواحی با هالهٔ آبی-سفید دیده می‌شود (ناحیهٔ نشان‌داده‌شده با بیضی) که در تصویر با نور پلاریزه تیره‌تر است و شباهت بیشتری به بافت ضایعهٔ اطراف خود دارد. علاوه بر این در تصویر ۱-الف کیست‌های سفید رنگی دیده می‌شود که در تصویر با پیکان نشان داده شده است و در تصویر با نور پلاریزه اصلاً دیده نمی‌شوند.



(الف)



(ب)

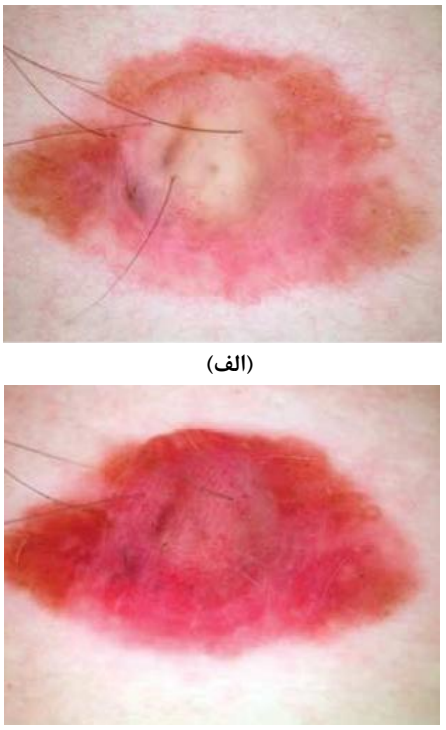
شکل ۱: ضایعهٔ ملانوسیتی مادرزادی (Congenital melanocytic nevus). الف) تصویر درموسکوپی معمولی، ب) تصویربرداری با نور پلاریزه

شکل ۲ و ۳ به‌ترتیب تصویر درموسکوپی معمولی و با نور پلاریزه از یک ضایعهٔ آملانوما و ملانوما را نشان می‌دهند. همان‌طور که از این تصاویر مشخص است، در تصویربرداری با نور پلاریزه تجمع رگ‌های خونی در زیر ضایعه دیده می‌شود که در تصویربرداری معمولی نشان داده نشده‌اند.

همان‌طورکه شکل ۳ نشان می‌دهد، در تصویر گرفته‌شده توسط درموسکوپ معمولی، ضایعهٔ ملانوما به رنگ قهوه‌ای کم‌رنگ نشان داده شده است که هیچ‌یک از ویژگی‌های لازم برای ملانوما بودن ضایعه را نشان نمی‌دهد. در تصویر گرفته‌شده توسط درموسکوپ پلاریزاسیونی، در ناحیهٔ ضایعه سرخی و رگ‌های چندریختی دیده می‌شود که نشان‌دهندهٔ التهاب در ضایعه است. با مقایسهٔ این دو تکنیک مشخص می‌شود که استفاده از نور پلاریزه در تصویربرداری باعث افزایش کنتراست در تصاویر می‌گردد و توزیع رنگدانه در ضایعه بهتر نمایش داده می‌شود.

انتشار نور پلاریزه در بافت به حالت پلاریزاسیون آن نیز بستگی دارد و تصویربرداری در زوایای مختلف پلاریزاسیونی می‌تواند اطلاعات متفاوتی از ضایعه تولید کند. در شکل ۴ تصویر یک ضایعهٔ خوش‌خیم رنگدانه‌ای که در ۵ زاویهٔ مختلف پلاریزاسیون خطی گرفته شده، نشان داده شده است. تصاویر نشان می‌دهند که تصویر صفردرجه دارای بیشترین اطلاعات سطحی و تصویر ۹۰ درجه دارای بیشترین اطلاعات عمقی است.

تشخیص ضایعه براساس تصاویر درموسکوپی، برمبنای استخراج ویژگی‌های ظاهری ضایعه و معمولاً براساس قاعدهٔ ABCD (عدم تقارن، مرزهای ضایعه، رنگ و قطر ضایعه) صورت می‌گیرد. اما این سیستم تشخیصی در تشخیص ضایعات کوچک و یا ضایعات با مرزهای منظم و توزیع رنگ و شکل منظم دچار خطا می‌شود [۱۰]. برای کاهش وابستگی تشخیص نوع ضایعه به فرد و افزایش تکرارپذیری و تعمیم‌پذیری آن، تشخیص خودکار توسط کامپیوتر پیشنهاد شده است[۱۲-۱۰] که در این روش نیز تصمیم‌گیری براساس ویژگی‌های ظاهری ضایعه است. ازآنجاکه تغییرات در ویژگی‌های ظاهری ضایعه به‌تدریج و جزئی صورت می‌گیرد، نمی‌تواند معیار مناسبی برای پیش‌بینی مرحلهٔ سرطان و تشخیص زودهنگام آن باشد. لذا مشخصه‌سازی بافت ملانوما با استفاده از نور پلاریزه پیشنهاد می‌شود که در بخش بعد به آن می‌پردازیم.



(الف)

(ب)

شکل ۲: ضایعه آملانوما. الف) تصویر درموسکوپی معمولی، ب) تصویربرداری با نور پلاریزه



(الف)



(ب)

شکل ۳: ضایعهٔ ملانوما الف) تصویربرداری درموسکوپی معمولی، ب) تصویربرداری با نور پلاریزه



(الف)



(ب)



(ج)



(د)



(ه)

شکل ۴: تصویربرداری پلاریزاسیونی در زوایای مختلف پلاریزاسیونی. الف) ۰درجه، ب) ۲۲/۵ درجه، ج) ۴۵ درجه، د) ۶۷/۵ درجه، ه) ۹۰ درجه

مشخصه‌سازی بافت ملانوما با استفاده از نور پلاریزه

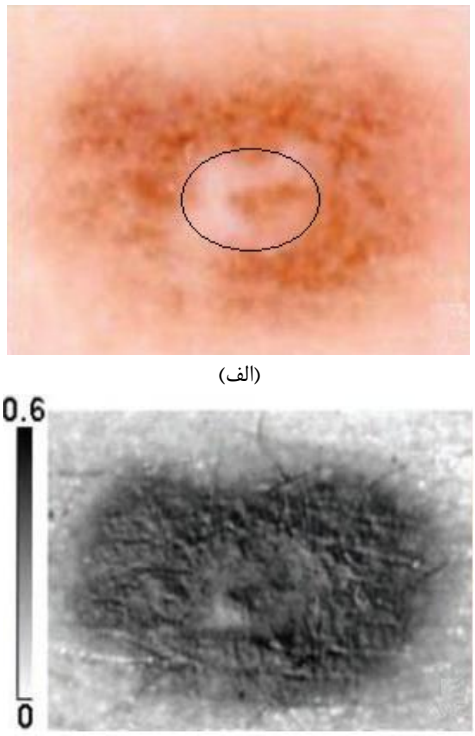
پوست انسان دارای خواصی است که باعث تغییر حالت پلاریزاسیون نور تابشی می‌شود. از جملهٔ این خواص خاصیت تفرق چندگانه است که در بافت‌های بیولوژیکی اتفاق می‌افتد و ناشی از هستهٔ سلول‌ها و ذرات میتوکندری آن‌ها می‌باشد. علاوه بر این به‌دلیل ناهمگونی فیبرهای کلاژن در لایهٔ درم، پوست دارای خاصیت شکست مضاعف است که بر پلاریزاسیون نور تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد ریتاردنس خطی در نور پلاریزه می‌شود. همچنین وجود برخی مولکول‌ها مانند گلوکز در بافت باعث ایجاد فعالیت اپتیکی یا ریتاردنس دایروی در نور پلاریزه می‌شوند [۱۳]. از آنجا که مراحل مختلف ملانوما با تغییر در اندازه، شکل، افزایش تجمع هستهٔ سلول‌ها و برهم خوردن ساختار فیبرهای کلاژن همراه است، با بررسی تغییر خواص پلاریزاسیونی پوست در اثر ملانوما می‌توان اطلاعات کمّی و کیفی‌تری را استخراج کرد که در تشخیص دقیق‌تر نوع ضایعه و همچنین مرحلهٔ سرطان از آن بهره برد. براساس شواهدی که از تصویربرداری پلاریزاسیونی به‌دست آمده‌است، در زیر ضایعهٔ ملانوما تجمع رگ‌های خونی چندریختی مشاهده شده‌است (شکل۳و۴). بنابراین انتظار می‌رود که ریتاردنس دایروی در این ناحیه نسبت به بافت سالم اطراف آن در اثر افزایش غلظت گلوکز افزایش یابد. اما چالشی که در این تکنیک تشخیصی با آن روبه‌رو هستیم این است که تمامی این پدیده‌های پلاریزاسیونی به‌صورت همزمان در نتیجهٔ برهمکنش نور پلاریزه با بافت اتفاق می‌افتند. یعنی اثر تغییر در اندازه، شکل و تجمع سلول‌ها یا ساختار فیبرهای کلاژن بر پارامترهای پلاریزاسیونی به‌صورت همزمان اتفاق می‌افتد و استخراج و تفکیک جداگانهٔ هر اثر برای تشخیص مرحلهٔ سرطان امری ضروری است.

اندازه‌گیری‌های پلاریزاسیونی از طریق محاسبات استوکس-مولر صورت می‌گیرد. بردار استوکس نور، بیانگر حالت پلاریزاسیون آن است. از طریق مقایسهٔ بردار استوکس نور تابیده‌شده S_{in} و بردار استوکس نور خروجی S_{out} از نمونه، می‌توان ۱۶ المان ماتریس مولر، M را به‌دست آورد که حاوی تمام اطلاعات پلاریزاسیونی نمونه و برهمکنش آن با نور پلاریزه است این در حالی است که در تصویربرداری معمولی تنها المان M_{00} از ماتریس مولر که تنها بیانگر شدت نور است، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

$$S_{out} = MS_{in} = \begin{bmatrix} M_{00} & M_{01} & M_{02} & M_{03} \\ M_{10} & M_{11} & M_{12} & M_{13} \\ M_{20} & M_{21} & M_{22} & M_{23} \\ M_{30} & M_{31} & M_{32} & M_{33} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} s_0 \\ s_1 \\ s_2 \\ s_3 \end{bmatrix}_{in} \quad (۱)$$

در این رابطه M_{ij} $i, j = 0, 1, 2, 3$ المان‌های ماتریس مولر و s_i $i = 0, 1, 2, 3$ پارامترهای بردار استوکس هستند [۶]. در سیستم تصویربرداری پلاریزاسیونی با قرار دادن دوربین به‌عنوان آشکارساز می‌توان تصاویر ماتریس مولر و تصاویر بردار استوکس را به‌دست آورد.

استخراج پارامترهای پلاریزاسیونی نمونه (ضریب دی-پلاریزاسیون، ضریب ریتاردنس خطی و دایروی، ضریب تضعیف) از طریق تفسیر ماتریس مولر میسر است. تکنیک‌های مختلفی برای تفسیر این ماتریس ارائه شده است[۱۷-۱۳]. با تجزیهٔ این ماتریس می‌توان اطلاعات ارزشمندی از میزان دپلاریزاسیون، ریتاردنس و تضعیف نور پلاریزه در بافت استخراج کرد. در شکل ۵، تصویر درجهٔ پلاریزاسیون خطی که از تصاویر بردار استوکس قابل محاسبه است با تصویر درموسکوپی معمولی از یک ضایعهٔ دیسپلاستیک مقایسه شده است. تصویر درجهٔ پلاریزاسیون خطی، میزان پلاریزاسیون خطی نور در ناحیهٔ ضایعه و اطراف آن را نشان می‌دهد. همانطور که شکل ۵ نشان می‌دهد، درجهٔ پلاریزاسیون نور در ناحیهٔ ضایعه بیشتر از بافت سالم اطراف آن حفظ شده است. در تصویر درموسکوپی معمولی ناحیهٔ سفیدی که در داخل بیضی نشان داده شده، حاکی از عدم تجمع ملانوسیت‌ها در این ناحیه است، درحالی‌که در تصویر سمت چپ (تصویر درجهٔ پلاریزاسیون خطی)، وجود خوشه‌های ملانوسیت عمقی در این ناحیه تأیید می‌شود [۷].



(الف)

(ب)

شکل ۵: تصویر ضایعه دیسپلاستیک الف) تصویر درموسکوپی معمولی، ب) تصویر درجهٔ پلاریزاسیون خطی. ستون عمودی سمت چپ این تصویر میزان درجهٔ پلاریزاسیون خطی را نشان می‌دهد [۷].

بحث و نتیجه‌گیری

نور پلاریزه پس از انتشار در بافت پراکنده می‌شود و درنتیجه تفرق‌های چندگانه در بافت حالت پلاریزاسیون خود را از دست می‌دهد. در تکنیک تصویربرداری با نور پلاریزه می‌توان با قرار دادن یک فیلتر پلاریزه در مقابل دوربین که محور آن ۹۰ درجه با نور تابشی اختلاف زاویه دارد، فوتون‌هایی را که به عمق بافت نفوذ کرده و حالت پلاریزاسیون اولیه خود را از دست داده‌اند انتخاب کرد. در مقابل اگر از فیلتر پلاریزه با صفر درجه اختلاف زاویه استفاده شود، اکثر فوتون‌هایی که از سطح بافت پس‌انتشار یافته و هنوز حالت پلاریزاسیون اولیه خود را حفظ کرده‌اند به دوربین می‌رسند. بنابراین استفاده از فیلتر پلاریزه امکان انتخاب در نوری که به دوربین می‌رسد و تصویربرداری در عمق‌های مختلف را به کاربر می‌دهد. اما این تکنیک تصویربرداری با تصویربرداری معمولی و در طول موج‌های مختلف دارای یک تفاوت مهم است. اگرچه نور در طول موج‌های مختلف به عمق‌های مختلفی نفوذ می‌کند و می‌توان با استفاده از این خاصیت نور از عمق‌های مختلف بافت تصویربرداری کرد، ولی در اینجا با استفاده از فیلتر

پلاریزه درواقع، نوعی انتخاب در فوتون‌هایی که به دوربین می‌رسند انجام شده‌است که در تصویربرداری معمولی انجام نمی‌شود. با این‌حال تصویربرداری پلاریزاسیونی در طول موج‌های مختلف می‌تواند مکمل این تکنیک باشد. مثلاً در طول موج آبی که بیشتر توسط ملانین جذب می‌شود، نور به عمق کمی در بافت نفوذ می‌کند و احتمالاً پدیدهٔ تفرق یک‌گانه اتفاق می‌افتد بنابراین استفاده از فیلتر پلاریزه با صفر درجه اختلاف زاویه با نور تابشی حاوی اطلاعات مهم خواهد بود ولی اگر از طول موج قرمز استفاده شود به‌دلیل نفوذ بیشتر در بافت، نور بازگشتی حاوی اطلاعاتی از توزیع ملانوسیت‌ها در لایهٔ درم است و قرار دادن فیلتر پلاریزه با ۹۰ درجه اختلاف با نور تابشی، می‌تواند با حذف اطلاعات لایهٔ سطحی اپی‌درم، تنها غالب اطلاعات لایهٔ درم را با خود همراه داشته باشد.

انتشار نور پلاریزه در بافت علاوه بر خواص اپتیکی و ساختار اجزاء متفرق‌کنندهٔ نور داخل بافت، به حالت پلاریزاسیون آن نیز بستگی دارد بنابراین تصویربرداری در زوایای مختلف پلاریزاسیونی اطلاعات متفاوتی تولید می‌کند. اینکه کدام زاویه یا زوایای پلاریزاسیونی بهترین انتخاب برای پزشک است تا بتواند ویژگی‌های متمایزکنندهٔ انواع ضایعات را از آن استنتاج کند، مسئله‌ای است که هنوز جواب قطعی برای آن ارائه نشده‌است و در تحقیقات آتی به آن پرداخته می‌شود.

از تصویربرداری پلاریزاسیونی ضایعات ملانوما شواهدی دردسترس است که تجمع رگ‌های خونی چندریختی در زیر ضایعه را نشان می‌دهند. مولکول‌های گلوکز باعث ایجاد فعالیت اپتیکی یا ریتاردنس دایروی در نور پلاریزه می‌شوند بنابراین با مشخصه‌سازی ضایعات ملانوما با استفاده از نور پلاریزه می‌توان افزایش فعالیت اپتیکی در ناحیهٔ ضایعه را نسبت به بافت اطراف آن انتظار داشت. علاوه بر این به‌دلیل بزرگ‌تر شدن هستهٔ سلول‌های تومور، نفوذ نور پلاریزه در بافت سرطانی نسبت به بافت سالم اطراف آن کمتر است بنابراین نور پلاریزه در بافت سرطانی کمتر دپلاریزه (غیر قطبیده) می‌شود. مشخصه‌سازی ضایعات رنگدانه‌ای پوست با نور پلاریزه می‌تواند در درک فیزیولوژی ضایعه و تغییرات مورفولوژی سلول‌ها و ساختار فیبرهای کلاژن به ما کمک کند. اما مهم‌ترین چالشی که با آن روبه‌رو هستیم، تفسیر اطلاعات پلاریزاسیونی استخراج‌شده از محاسبهٔ ماتریس مولر بافت است که در تحقیقات آتی به آن می‌پردازیم.

References

1. Rigel DS, Russak J, Friedman R. The evolution of melanoma diagnosis: 25 years beyond the ABCDs. CA. Cancer J. Clin. 2010; 60: 301–16.
2. Meier F. Molecular events in melanoma development and progression. Frontiers in Bioscience: a Journal and Virtual Library 1998; 3: D1005-10.
3. Zagrouba E, Barhoumi W. An accelerated system for melanoma diagnosis based on subset feature selection. Journal of Computing and Information Technology - CIT 2005; 13(1): 69-82.
4. Marghoob AA, Swindle LD, Moricz CZM. Instruments and new technologies for the in vivo diagnosis of melanoma. J. Am. Acad. Dermatol. 2003; 49(5): 777-97.
5. Miranbeigi MH, Fateh M, Ghasemi P, Mansouri P. Comparison of Dermatoscopic Image Boundary of Melanoma by Simulated Polarized Filter Lasers in Medicine 2008; 5(2): 26-35.
6. Jiao S, Yao G, Wang LV. Depth-resolved two-dimensional Stokes vectors of backscattered light and Mueller matrices of biological tissue measured with optical coherence tomography. Applied Optics 2000; 39(34): 6318-24.
7. Kim J, John R, Wu PJ, Martini MC, Walsh JT. In vivo characterization of human pigmented lesions by degree of linear polarization image maps using incident linearly polarized light. Lasers in Surgery and Medicine 2010; 42:76-85.
8. Ghassemi P, Miranbaygi MH. Towards skin polarization characterization using polarimetric technique. Journal of Zhejiang University SCIENCE B. 2009; 10(8): 602-8.
9. Pellacani G, Seidenari S. Comparison between morphological parameters in pigmented skin lesion images acquired by

means of epiluminescence surface microscopy and polarized-light videomicroscopy. Clin. Dermatol. 2002; 20: 222-7.
10. Baldi A, Quartulli M, Murace R, Dragonetti E, Manganaro M, Guerra o, Bizzi S. Automated dermoscopy image analysis of pigmented skin lesions. Cancers 2010; 2: 262-73.
11. Messadi M, Bessad A, Taleb-Ahmed A. Extraction of specific parameters for skin tumour classification. J. Med. Eng. Tech. 2009; 33(4): 288-95.
12. Christensen JH, Soerensen MBT, Linghui Z, Chen S, Jensen MO. Pre-diagnostic digital imaging prediction model to discriminate between malignant melanoma and benign pigmented skin lesion. Skin Research and Technology 2010; 16: 98-108.
13. Ghosh N, Wood MFG, Li SH, Weisel RD, Wilson BC, Li RK, Vitkin IA. Mueller matrix decomposition for polarized light assessment of biological tissues. J. Biophoton. 2009; 2(3): 145-56.
14. Chung J, Jung W, Hammer-Wilson MJ, Wilder-Smith P, Chen Z. Use of polar decomposition for the diagnosis of oral precancer. Appleid Optics 2007; 46(15): 3038-45.
15. Vélez FF, Quijano NO, Arce-Diego JL. Polarimetry group theory analysis in biological tissue phantoms by Mueller coherency matrix. Optics Communications 2010; 283: 4525-30.
16. Quijano NO, Arce-Diego JL. Mueller matrix differential decomposition. OPTICS LETTERS 2011; 36(10):1942-44.
17. Quijano NO, Arce-Diego JL. Depolarizing differential Mueller matrices. OPTICS LETTERS 2011; 36(13):2429-31.