

VEILLE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Radiologie et imagerie medicale

Semaine 35 | 23 au 29 aout 2026

Dr Sergey Morozov | drsergeymorozov.com

Compile a partir de sources publiquement disponibles (publications scientifiques indexees, communiqués officiels, bases de données réglementaires).
Ne constitue pas un avis médical, réglementaire ou financier.

8

Articles évalués par les pairs

5

Annonces secteur / FDA

3

Points médiatiques

3

Leaders d'opinion

ENSEIGNEMENT DE GOUVERNANCE DE LA SEMAINE

Le fil conducteur de la semaine est l'IA opérationnelle, ces outils qui n'atteignent jamais votre comité IA parce que personne ne les appelle cliniques : un modèle d'absence qui décide quels patients reçoivent un rappel le long d'un gradient de défavorisation, un système de caméras qui dépiste les fauteuils roulants non compatibles IRM, un LLM qui route les découvertes extra-rachidiennes vers les spécialistes. Choisissez ce mois-ci un outil opérationnel actif ou planifié dans votre service et rédigez son test d'acceptation autour de la direction d'erreur dangereuse : le patient à risque non signalé, le fauteuil non compatible jugé sûr, la découverte rétrogradée hors de la file de suivi. L'étude des fauteuils roulants montre la méthode : rapportez la direction dangereuse sur son propre dénominateur (8,3 % des instances non compatibles manquées dans le pire modèle, invisibles dans un mAP de 0,702), puis décidez.

SECTION 0

RESUME EXECUTIF

Tendances clés, semaine du 23 au 29 août 2026

[OPERATIONS] LA PREDICTION DES ABSENCES EST UNE DECISION D'EQUITE A 57,7 MILLIONS DE DOLLARS

Tippareddy C et al. (JACR) ont construit un modèle d'absence sur 32 776 rendez-vous de radiologie : le taux d'absence grimpe de 15,0 % à 31,8 % le long du gradient de défavorisation, le décile de risque supérieur contient 25,7 % de toutes les absences avec un nombre nécessaire pour intervenir de 1,8, et le coût annuel des rendez-vous manqués est estimé à 57,7 millions de dollars. Qui déploie cette classe de modèle choisit quels patients reçoivent un rappel.

[IA DE SECURITE] LE CHIFFRE D'ACCEPTATION EST LA DIRECTION D'ERREUR DANGEREUSE, PAS LE SCORE DE DETECTION

Suzuki T et al. (JIIM) ont placé un modèle YOLOv8n sur les caméras de l'antichambre IRM pour repérer les fauteuils roulants non compatibles. La détection globale semblait correcte (mAP@0,5:0,95 de 0,702), mais le chiffre qui décide de la déployabilité est ailleurs : jusqu'à 8,3 % de fauteuils non compatibles jugés sûrs dans le pire modèle, sensibilité de bout en bout 81,5 %. Les auteurs parlent de faisabilité, et leur comptabilité des modes de défaillance est le modèle à copier.

[LLM DE FLUX] L'AUTOMATISATION DU SUIVI DES COMPTES RENDUS PASSE UNE BARRE HAUTE, AVEC UNE DIRECTION D'ERREUR A SURVEILLER

Ong W et al. (JMIR) ont valide un LLM preservant la confidentialite qui trouve et route les decouvertes extra-rachidiennes dans 400 comptes rendus d'IRM du rachis : 99,8 % de detection, les 12 urgences identifiees, un accord egalant deux lecteurs humains. Le risque residuel se loge dans les 2 % de decouvertes retrogradees vers des categories de signification inferieures, la direction qui retire silencieusement des decouvertes des files de suivi.

[DONNEES D'ENTRAINEMENT] CE QUE CONTIENT LE JEU D'ENTRAINEMENT DECIDE OU LE MODELE FONCTIONNE

Zielke J et al. (AJNR) ont ajoute des examens post-traitement a l'entrainement pour la segmentation des gliomes diffus de la ligne mediane pediatriques, puis ont teste en externe sur un essai prospectif : Dice tumeur entiere 0,90 vs 0,81 pour le vainqueur BraTS-PEDs 2024, avec l'ecart maximal sur les examens post-traitement. La composition du jeu d'entrainement, pas l'architecture, a fait la difference.

[POINT DE VIGILANCE] L'IA OPERATIONNELLE EXIGE LA MEME GOUVERNANCE QUE L'IA DIAGNOSTIQUE

Trois des resultats les plus solides de la semaine ne sont pas des algorithmes diagnostiques : un modele de planification qui decide qui recoit un rappel, un systeme de cameras qui garde la suite IRM, et un LLM qui route des decouvertes vers les specialistes. Aucun d'eux ne passera par le comite qui examine vos outils de CAD si vous ne les y envoyez pas. L'instruction commune : definissez la direction d'erreur dangereuse de chacun (patient a risque non signale, fauteuil non compatible juge sur, decouverte retrograde hors du suivi), testez sur ce chiffre, et surveillez-le apres la mise en service.

SECTION 1

ARTICLES EVALUES PAR LES PAIRS

Source : PubMed | Indexation verifiee | Aucun preprint | 23 au 29 aout 2026

Multimodal Ultrasound-Based Decision Support for Bethesda IV Thyroid Nodules: Integration of Clinical, Radiomics, Deep Learning, and Topological Features.

Ding H, et al. | *Journal of imaging informatics in medicine* | 2026-08-25

Avant d'accepter une affirmation de superiorite d'un modele de fusion multimodale, regardez ce qui survit a la correction pour comparaisons multiples. Dans cette etude monocentrique de 243 nodules thyroidiens Bethesda IV, l'ajout de la radiomique, du deep learning et de caracteristiques topologiques aux donnees cliniques a produit l'AUC observee la plus elevee (0,836 pour le modele de fusion complet), mais aucune difference d'AUC entre les modeles de fusion n'est restee statistiquement significative apres correction de Holm-Bonferroni. Les auteurs sont d'une honnetete rare : la reclassification s'ameliore, la discrimination non, et ils positionnent l'outil comme une estimation de probabilite interpretable pour l'evaluation au cas par cas, pas comme une decision therapeutique autonome.

Indicateurs cles: 243 patients (138 lesions malignes, 105 benignes), repartition 7:3 au niveau patient. AUC de validation : fusion complete 0,836, clinique + radiomique + deep learning 0,829, clinique + radiomique 0,828, clinique + deep learning 0,805 ; aucune difference significative apres Holm-Bonferroni. NRI continu vs modele clinique de base 0,750 (IC 95 % 0,310 a 1,174, $p = 0,002$) ; IDI 0,029 (IC 95 % -0,050 a 0,105, $p = 0,478$).

Pertinence clinique: Bethesda IV est exactement la categorie indeterminee ou les chirurgiens ont besoin d'une meilleure probabilite preoperatoire, et ce cadre montre une facon structuree de combiner ce qui est deja recueilli. Le resultat lui-meme est modeste et monocentrique, et les auteurs indiquent clairement qu'une validation externe prospective multicentrique, sur plusieurs institutions et systemes d'echographie, est requise avant toute implementation clinique.

PMID 42642692 DOI 10.1007/s10278-026-02208-3

Radiology No-Show Calculator: A Social Determinants of Health-Enriched Machine Learning Prediction Model with Financial Analysis.

Tipparedy C, et al. | *Journal of the American College of Radiology* | 2026-08-27

Avant de financer une intervention contre les rendez-vous manques, quantifiez qui manque réellement ses rendez-vous. Sur 32 776 rendez-vous ambulatoires de radiologie, le taux d'absence allait de 15,0 % dans les quartiers les moins défavorisés à 31,8 % dans les plus défavorisés, et une forêt aléatoire à 16 prédicteurs enrichie de déterminants sociaux de la santé a concentré un quart de toutes les absences dans le décile de risque supérieur, avec un nombre nécessaire pour intervenir de 1,8. Le coût annuel estimé des rendez-vous manqués dans ce système académique : 57,7 millions de dollars.

Indicateurs clés: 32 776 rendez-vous de 9998 patients (plan cas-temoins 1:1, prévalence des absences en population 3,9 %). Forêt aléatoire à 16 prédicteurs incluant l'Area Deprivation Index : AUROC 0,760. Taux d'absence de 15,0 % (moins défavorisés) à 31,8 % (plus défavorisés). Les 10 % de rendez-vous au risque le plus élevé captent 25,7 % de toutes les absences, NNI 1,8. Coût annuel estimé 57,7 millions USD. Probabilités recalibrées sur la prévalence de population pour le déploiement.

Pertinence clinique: C'est de l'IA opérationnelle avec des conséquences directes d'équité : le signal le plus fort du modèle est la défavorisation du quartier, donc toute décision de déploiement est aussi une décision sur quels patients reçoivent un rappel. Conséquence pour votre comité IA : les tests d'acceptation des modèles de planification doivent inclure la calibration sur votre propre prévalence et la performance par sous-groupe de défavorisation, et le monitoring doit vérifier que le rappel cible réduit réellement le gradient. Au titre de l'article 10 du règlement européen sur l'IA, le dossier de gouvernance des données devrait documenter les déterminants sociaux utilisés et leur justification.

PMID 42660476 DOI 10.1016/j.jacr.2026.08.015

Feasibility of AI-Based Wheelchair Classification for MRI Anteroom Safety Management: A Single-Centre Deep Learning Object-Detection Study.

Suzuki T, et al. | *Journal of imaging informatics in medicine* | 2026-08-26

Lisez ceci comme un modèle de la question d'acceptation qui compte pour l'IA de sécurité : pas le score de détection global, mais la direction d'erreur dangereuse, sur le dénominateur qui compte. Un modèle léger YOLOv8n surveillant l'antichambre IRM par caméras classait les fauteuils roulants comme compatibles ou non compatibles IRM ; dans le pire modèle, 8,3 % des fauteuils non compatibles ont été identifiés comme sûrs, et la sensibilité de bout en bout pour les fauteuils non compatibles était de 81,5 %. Les auteurs nomment les choses : une étude de faisabilité monocentrique avec un profil de défaillance caractérisé, génératrice d'hypothèses et non prête au déploiement.

Indicateurs clés: 1730 images sur 5 jours ouvrés depuis deux caméras (entraînement 1251, validation 118, test 361). Modèles 640 px : mAP@0,5:0,95 de 0,702 ± 0,012, inférence CoreML à 41,4 FPS sur Apple M4. Misclassification critique (non compatible jugé compatible) jusqu'à 8,3 % rapportée aux 72 instances non compatibles, 0,21 % à 1,28 % (moyenne 0,64 %) rapportée aux 468 instances annotées. Sensibilité de bout en bout pour les fauteuils non compatibles IRM 81,5 % (76,4 à 86,1 %).

Pertinence clinique: Les fauteuils roulants métalliques non compatibles dans la salle d'examen sont un danger réel, et le dépistage par caméra est un filet de sécurité attractif. Conséquence pour votre comité IA : cela change la rédaction des tests d'acceptation pour toute IA de dépistage de sécurité. Spécifiez la direction d'erreur cliniquement dangereuse (non sûr jugé sûr), rapportez-la sur le dénominateur cliniquement pertinent, et fixez le seuil de mise en service là, pas sur le mAP. Au titre de l'article 15 du règlement européen sur l'IA (exactitude et robustesse), c'est le pire modèle entre les seeds, pas la moyenne, qui appartient au dossier de risque.

PMID 42649334 DOI 10.1007/s10278-026-02219-0

EndoVLM: A Vision-Language Assistant for Gastrointestinal Endoscopy.

Wang S, et al. | *Journal of imaging informatics in medicine* | 2026-08-26

Si votre service d'endoscopie suit les assistants vision-langage, le chiffre utile ici est le chiffre externe. EndoVLM remplace l'encodeur ViT habituel par un backbone hiérarchique ConvNeXt pour compresser les images d'endoscopie haute résolution en tokens moins nombreux et plus denses, et ajoute un schéma de fine-tuning en trois étapes. Sur le benchmark Kvasir-VQA, il dépasse légèrement la meilleure référence publique ; en validation externe sur Gastrovision, l'exactitude passe de 0,4760 à 0,5799 par rapport à la référence à deux étapes, un gain réel qui reste loin du territoire clinique.

Indicateurs clés: Kvasir-VQA : ROUGE-1 0,7326 ± 0,0038 et BLEU 0,5103 ± 0,0051, améliorant la meilleure référence publique de +0,0166 ROUGE-1 et +0,0323 BLEU. Validation externe sur Gastrovision : exactitude de 0,4760 à 0,5799 et macro-F1 de 0,1109 à 0,1268 par rapport à la référence représentative à deux étapes.

Pertinence clinique: La direction d'ingénierie est sentée : les encodeurs convolutionnels hiérarchiques réduisent la charge en tokens sur les images haute résolution, ce qui compte pour le coût de déploiement. Les chiffres externes parlent d'eux-mêmes : un modèle spécialisé et soigneusement adapté répond correctement à peine plus de la moitié des questions externes, avec un macro-F1 qui signale une performance faible sur les cas plus rares. Travail au stade recherche, présente sur ses mérites.

PMID 42649331 DOI 10.1007/s10278-026-02067-y

An Imaging Informatics Workflow for Angiography-Derived Coronary Physiology Profiling and Virtual PCI Simulation.

Georgy K, et al. | *Journal of imaging informatics in medicine* | 2026-08-26

Voici a quoi ressemble une integration de flux de travail prise au serieux : AngioAI-QFR enchainé localisation automatique des stenoses, segmentation de la lumiere, reconstruction geometrique, estimation physiologique et simulation de PCI virtuelle en un seul pipeline sur l'angiographie coronarienne de routine. Contre la FFR invasive sur 100 vaisseaux, il atteint une AUROC de 0,943 pour une FFR de 0,80 ou moins, tourne de facon entièrement automatique dans 93 % des vaisseaux, et rend le resultat en 41 secondes en mediane, assez vite pour compter pendant la procedure.

Indicateurs clés: 100 vaisseaux de 92 patients, FFR invasive comme reference. Precision de detection 0,966, mAP@50 0,973, IoU de segmentation 0,757, Dice 0,861. Accord avec la FFR : r de Pearson = 0,917, MAE 0,035, RMSE 0,044, biais -0,004, limites d'accord a 95 % de -0,091 a 0,083. Performance diagnostique pour FFR inferieure ou egale a 0,80 : AUROC 0,943, sensibilite 0,881, specificite 0,897. Entièrement automatique dans 93 % des vaisseaux ; temps median jusqu'au resultat 41 s.

Pertinence clinique: La physiologie derivee de l'angiographie etait jusqu'ici fragmentee et limitee au niveau du vaisseau ; le profilage du flux par millimetre separe ici la maladie focale de la maladie diffuse et alimente une etape interactive de PCI virtuelle avec recalcul immediat de la physiologie. Retrospectif, cohorte d'evaluation unique, et les auteurs citent la validation prospective multicentrique comme prochaine exigence. Sur le merite clinique, l'une des constructions d'informatique d'imagerie les plus completes de l'annee.

PMID 42649327 DOI 10.1007/s10278-026-02209-2

Improved Deep Learning Segmentation of Pediatric Diffuse Midline Gliomas After Treatment.

Zielke J, et al. | *AJNR. American journal of neuroradiology* | 2026-08-26

La decision de conception, pas l'architecture, est l'histoire : c'est l'ajout d'examen post-traitement au jeu d'entrainement qui a fait fonctionner ce modele de segmentation des gliomes diffus de la ligne mediane pediatriques sur les images qui comptent pour l'evaluation de la reponse. Valide en externe sur 88 examens de l'essai prospectif PNOC007, DMGtracker a battu le modele vainqueur de BraTS-PEDs 2024 en segmentation de la tumeur entiere, et l'avantage etait maximal exactement la ou vivent les essais longitudinaux : les examens post-traitement.

Indicateurs clés: Entrainement : 140 examens institutionnels pre et post-traitement plus 261 examens pre-traitement de BraTS-PEDs 2024 ; jeu interne de 153 examens (59 post-traitement) chez 74 patients. Validation externe sur 88 examens PNOC007 (49 patients) : DSC tumeur entiere 0,90 (IQR 0,72 a 0,95) vs 0,81 (0,66 a 0,90) pour le vainqueur BraTS-PEDs 2024 ; RVD 9,6 % vs 16,8 %. Examens post-traitement (n = 50) : DSC 0,90 vs 0,80, RVD 9,7 % vs 19,8 %, p < 0,001 pour les deux. Segmentation cliniquement acceptable (DSC > 0,80) dans 64,0 % vs 52,0 % des cas post-traitement.

Pertinence clinique: L'evaluation volumetrique de la reponse dans les essais DMG depend d'une segmentation qui survit aux effets de la radiotherapie, aux cavites et aux modifications d'imagerie de l'ere vaccinale, et les modeles vainqueurs de challenges entraines sur des donnees pre-traitement se degradent exactement la. Un modele teste en externe sur l'imagerie d'un essai prospectif, avec l'ecart quantifie par phase de traitement, est la bonne forme de preuve pour un usage longitudinal.

PMID 42648875 DOI 10.3174/ajnr.A9609

Automating the Management of Extrapinal Findings in Magnetic Resonance Imaging Spine Studies Using a Privacy-Preserving Large Language Model: Retrospective Validation Study.

Ong W, et al. | *Journal of medical Internet research* | 2026-08-26

Si la gestion du suivi des comptes rendus figure sur votre liste d'automatisation, voici le niveau de validation à exiger avant la mise en service. Un grand modèle de langage préservant la confidentialité a traité 400 comptes rendus d'IRM du rachis pour trouver, classer et router les découvertes extra-rachidiennes : il a détecté 99,8 % des découvertes, identifié les 12 urgences cliniques, et égale deux lecteurs humains en accord global. Le mode de défaillance est la partie intéressante : 8 des 401 découvertes ont été rétrogradées dans des catégories de signification inférieures, la direction d'erreur qui fait disparaître silencieusement des découvertes du suivi.

Indicateurs clés: 400 comptes rendus d'IRM du rachis chez 395 patients ; 401 découvertes extra-rachidiennes, le plus souvent rénales (31,9 %), gynécologiques (27,4 %), endocriniennes (12 %). Détection 400/401 (99,8 %) ; 12/12 urgences identifiées ; 8/401 (2 %) reclassées dans des catégories C-RADS inférieures, 4/401 (1 %) dans des catégories supérieures. Distinction nouveau vs préexistant : 98,5 % d'exactitude ; décision d'adressage spécialisée : 96,3 %. Kappa de Gwet 0,959 (IC 95 % 0,937 à 0,981) vs lecteurs humains à 0,943 et 0,934.

Pertinence clinique: Les découvertes extra-rachidiennes sont une source connue de suivi manqué, et le triage par LLM du texte des comptes rendus existants est un point de déploiement à faible friction. Conséquence pour votre comité IA : cela change les tests d'acceptation et la conception du contrôle humain pour les LLM de flux de comptes rendus. Scorez séparément la direction de rétrogradation, car une découverte classée une catégorie trop basse disparaît de la file d'adressage sans que personne ne le remarque, et gardez un humain sur le routage des adressages au titre de l'article 14 du règlement européen sur l'IA, tant que votre audit d'erreurs local ne dit pas le contraire.

PMID 42647045 DOI 10.2196/86251

Gait-based diagnostic network for localization and pathological characterization of spine and pelvis diseases.

Liu F, et al. | *Medical image analysis* | 2026-08-24

Un signal d'entrée différent pour un vieux problème de triage : au lieu de l'imagerie statique, ce groupe a entraîné un transformateur spatiotemporel hiérarchique sur des vidéos de marche cliniques de 419 patients pour localiser les maladies du rachis et du bassin puis les caractériser. Le premier niveau diagnostique, distinguer les atteintes cervico-thoraciques des atteintes lombo-pelviennes, atteint 76 % d'exactitude et une AUC de 85 %, avec des cartes d'attention cohérentes avec la physiopathologie établie.

Indicateurs clés: 419 patients avec vidéos de marche cliniques. Premier niveau diagnostique (cervico-thoracique vs lombo-pelvien) : exactitude 76 %, AUC 85 %. Le second niveau classe les sous-types tumoraux vs non tumoraux par région ; l'abstract ne rapporte aucune performance chiffrée pour ce niveau. Interprétabilité par visualisation de l'attention spatiotemporelle.

Pertinence clinique: La marche porte un vrai signal diagnostique que l'imagerie statique ignore, et une caméra coûte moins cher que n'importe quel scanner, ce qui explique pourquoi cette direction continue d'attirer des travaux pour le dépistage primaire et le triage. À 76 % d'exactitude sur la première décision de branchement et avec un jeu de données monocentrique, c'est un argument de faisabilité, pas un outil de dépistage. À suivre pour la suite du triage par vidéo.

PMID 42664663 DOI 10.1016/j.media.2026.104260

SECTION 2

SECTEUR ET REGLEMENTATION

*Sources : Registres officiels | Communiqués de presse | Bases FDA***[FDA] ROPCA obtient l'autorisation FDA 510(k) pour Arthur, robot d'échographie musculo-squelettique autonome, et son logiciel d'analyse Diana***ROPCA | 26 août 2026*

Autorise pour : l'acquisition standardisée d'images échographiques des articulations des doigts, de la main et du poignet par le robot Arthur sous supervision d'un professionnel de santé, le logiciel Diana analysant les images et soutenant la génération automatisée de comptes rendus pour l'évaluation de l'arthrite. Niveau de preuve : l'annonce cite le marquage CE depuis 2022 et une expérience clinique européenne de plus de 5400 examens et 83 500 articulations dans six pays ; aucune nouvelle validation américaine évaluée par les pairs n'est référencée. Questions au fournisseur : quelles anomalies articulaires Diana est-elle réellement autorisée à rapporter aux États-Unis et avec quelle performance ; comment la qualité d'acquisition est-elle vérifiée quand aucun échographiste ne tient la sonde ; que doit vérifier le professionnel superviseur avant la validation d'un compte rendu ; taux d'échec et d'abandon par examen en usage européen de routine. Indépendamment de l'autorisation, traitez séparément les examens acquis par robot dans votre programme qualité pour rendre visibles dès le premier jour les échecs d'acquisition et les taux de reprise.

*Source: [Imaging Technology News](#)***[MARKET] Essai indépendant FUSION financé par l'État néerlandais : Heartflow FFRCT réduit de 44 % les angiographies invasives inutiles à un an***Heartflow | 28 août 2026*

Voici la forme de preuve à exiger de chaque fournisseur d'IA en imagerie : un essai randomisé indépendant, financé par l'institut national de santé néerlandais sans aucune implication industrielle dans la conception ou l'analyse, mené dans douze hôpitaux néerlandais sur plusieurs constructeurs de scanners, publié simultanément dans le JACC. Chez 528 patients avec douleur thoracique stable et sténose obstructive au coronoscanner, l'ajout du FFRCT a réduit de 44 % les coronarographies invasives inutiles à un an (22 % vs 39 %, $p < 0,001$) tandis que les taux de revascularisation restaient identiques (20 % dans les deux bras). Niveau de preuve : essai randomisé évalué par les pairs, le niveau le plus élevé vu cette année dans ce digest pour un produit commercial d'IA en imagerie. La question d'achat s'inverse ici : si un fournisseur revendique un impact de flux comparable pour son produit CT-FFR ou de triage, demandez où est sa preuve randomisée indépendante.

*Source: [Heartflow / GlobeNewswire](#)***[PARTNERSHIP] SimonMed et Optellum intègrent le score de risque de malignité des nodules pulmonaires dans un flux de travail d'entreprise***SimonMed / Optellum | 25 août 2026*

SimonMed, l'un des plus grands fournisseurs américains d'imagerie ambulatoire, routera les nodules pulmonaires incidents éligibles détectés au scanner thoracique vers l'IA Lung Cancer Prediction d'Optellum, en plus de sa volumétrie et de son suivi de croissance existants fournis par Infervision. Ce pour quoi l'outil est autorisé : Optellum LCP est autorisé par la FDA comme aide à la décision pour la prédiction du risque de malignité des nodules incidents éligibles, pas pour un diagnostic autonome ; chaque score est revu par un radiologue avant d'entrer dans le compte rendu. Niveau de preuve : matériel du fournisseur plus les preuves de l'autorisation initiale ; l'annonce ajoute une échelle de déploiement, pas de nouvelles preuves cliniques. Questions à poser avant de repliquer : quels nodules sont inéligibles et à quelle fréquence le filtrage d'éligibilité échoue ; comment le score LCP modifie le comportement d'adressage en aval ; qui audite la concordance score-devenir à l'échelle de l'entreprise. Notez le moteur de remboursement : Optellum cite la politique de paiement Medicare nommant son produit.

Source: [Communiqué SimonMed](#)

[PARTNERSHIP] Aiforia et Stratipath integrent la stratification du risque du cancer du sein dans une seule plateforme de pathologie numerique

Aiforia / Stratipath | 25 aout 2026

Aiforia (Helsinki) et Stratipath (Stockholm) ont annonce le 25 aout que Stratipath Breast, outil de stratification du risque du cancer du sein base sur l'image et marque CE, sera integre dans la plateforme clinique Aiforia, avec un marketing conjoint en Europe. Ce que c'est : un accord d'integration, pas un deploiement acheve ; pas de date de lancement, pas de conditions financieres, et aucune declaration sur le maintien du marquage CE existant de Stratipath Breast dans le flux combine ou la necessite d'une recertification. Niveau de preuve : Stratipath Breast s'appuie sur des preuves evaluees par les pairs ; l'integration elle-meme n'en a encore aucune. Questions aux fournisseurs : statut reglementaire du flux combine sous l'IVDR ; validation ou non du pipeline integre de bout en bout ; responsabilites de flux de donnees et de journalisation quand deux fournisseurs occupent une meme chaine diagnostique.

Source: [Next AI Press](#)

[PARTNERSHIP] Philips et Imricor lancent un laboratoire commercial d'IRM interventionnelle pour les procedures cardiaques

Philips / Imricor | 27 aout 2026

Philips et Imricor ont annonce un laboratoire d'IRM interventionnelle disponible commercialement, combinant la plateforme d'IRM cardiaque 1,5T de Philips, dont la planification cardiaque SmartHeart assistee par IA, avec les systemes de cartographie et catheters d'electrophysiologie compatibles IRM d'Imricor, permettant des flux d'ablation cardiaque guides par IRM. Statut d'autorisation : disponible immediatement dans les marches sous marquage CE et dans certaines configurations aux Etats-Unis, d'autres configurations d'Imricor restant en attente d'autorisations ; verifiez le statut exact de chaque composant pour votre juridiction avant tout achat. Niveau de preuve : annonce du fournisseur d'une configuration produit ; aucun resultat clinique comparatif n'est cite pour le laboratoire integre. Pour les responsables d'imagerie, l'enjeu est infrastructurel : l'IRM qui passe du diagnostic a la salle de procedure change l'implantation, les effectifs et la gouvernance de securite IRM, et l'etude de detection des fauteuils roulants de ce numero rappelle que cette gouvernance se joue en grande partie dans l'antichambre, pas dans l'aimant.

Source: [Royal Philips / GlobeNewswire](#)

SECTION 3

SIGNAL DE SURVEILLANCE APRES COMMERCIALISATION

Derive | [Rappels et MAUDE](#) | [Surveillance en conditions reelles](#) | [Article 72 du reglement europeen sur l'IA](#)

L'ECRI ouvre un canal national de signalement des erreurs d'IA dans les soins

ECRI / PR Newswire | 25 aout 2026

L'organisation de securite des patients ECRI a etendu son Problem Reporting Network, le canal confidentiel de signalement des problemes de dispositifs qu'elle opere depuis 1972, pour capturer explicitement les erreurs, dysfonctionnements et presque-accidents impliquant des outils d'IA et des dispositifs integrant l'IA, et a appele les etablissements de tout le pays a soumettre leurs incidents. La lacune comblee est celle que chaque comite IA connait : il n'existe aucun mecanisme centralise propre a la sante qui suive la frequence des sorties d'IA erronees et celle des erreurs atteignant un patient. L'enquete de l'ECRI aupres de 124 responsables qualite et securite montre pourquoi l'autodeclaration seule echoue : 31 % ont rencontre dans l'annee une sortie d'IA qu'ils jugeaient incorrecte, 9 % disent qu'une erreur a atteint un patient ou une decision de soins, et 35 % ne savent simplement pas. Chaque signalement est instruit par les equipes cliniques et d'ingenierie de l'ECRI, avec des avis de danger publies quand un defaut pose un risque sectoriel. Pour les deployeurs, c'est un ajout concret au chemin de signalement des incidents : a cote de MAUDE et des dossiers de reclamation des fournisseurs, il existe désormais un lieu neutre ou envoyer le presque-accident que votre radiologue a intercepte.

Lien: <https://www.prnewswire.com/news-releases/ecri-expands-problem-reporting-network-...>

La FDA publie un rappel de classe II du PACS Synapse de Fujifilm pour mesures de regle inexactes

Dossier de rappel FDA Z-3030-2026, rapporte par Medical Daily | 26 aout 2026

La FDA a publie le 26 aout un dossier de rappel de classe II pour FUJIFILM Synapse PACS version 7.4.310 : un defect de conception logicielle peut rendre inexactes les mesures de regle sur la station de lecture, le contournement divulgue pointant vers les mesures en mode M de l'echographie, centrales en echocardiographie et en surveillance obstetricale. Fujifilm a initie la correction le 22 juillet ; six unites sont concernees dans cinq Etats americains et en Australie, et aucun prejudice patient n'est rapporte. La lecon de gouvernance ne depend pas du nombre d'unites : la mesure est desormais une fonction logicielle, un defect de mesure ne s'annonce pas comme un statif casse, et les sites concernees l'ont appris parce que la surveillance du fabricant a fonctionne. A verifier localement : si votre programme qualite detecterait un defect de mesure cote station de lecture, et si votre version de PACS figure dans un dossier de rappel ouvert ce trimestre.

Lien: <https://www.medicaldaily.com/fujifilm-synapse-pacs-recall-ruler-measurement-erro...>

SECTION 4

FICHE PRATIQUE

Une mesure concrete pour votre comite IA ce mois-ci

Article 10 du reglement europeen sur l'IA (gouvernance des donnees)

Mesure: Ajoutez une clause a votre prochain appel d'offres d'IA en imagerie : le fournisseur divulgue la composition des donnees d'entrainement et de test, y compris la phase de traitement, le parc de scanners et la demographie, avec la performance rapportee par sous-groupe. Consignez tout refus ou silence comme un element de risque au titre de l'article 9 plutot que de le considerer comme acceptable.

Pourquoi: La composition du jeu d'entrainement, pas l'architecture, decide si un modele fonctionne pour votre cas d'usage, et c'est la seule chose qu'une demonstration ne montrera jamais.

Exemple concret: Zielke J et al. ont entraine un modele de segmentation des gliomes diffus de la ligne mediane pediatriques en incluant des examens post-traitement et l'ont teste en externe sur un essai prospectif : Dice tumeur entiere 0,90 vs 0,81 pour le vainqueur du challenge BraTS-PEDs 2024 entraine sur des donnees pre-traitement, avec l'ecart maximal sur les examens post-traitement, exactement la ou se fait l'evaluation de la reponse. AJNR Am J Neuroradiol, PMID 42648875, DOI 10.3174/ajnr.A9609.

SECTION 5

POINTS MEDIATIQUES

AuntMinnie | Radiology Business | The Imaging Wire | Diagnostic Imaging | ITN

Dix ans apres Hinton : comment l'IA change reellement le metier de radiologue

Ars Technica / Knowable Magazine | 25 aout 2026

Un long reportage marquant une decennie depuis la prediction de remplacement de Geoffrey Hinton, construit autour de Curt Langlotz et Nina Kottler. Le materiel utile pour les deployeurs est concret : Kottler decrit le suivi des taux d'accord radiologue-IA comme outil de gouvernance (si des lecteurs valident 99 fois sur 100 une IA connue pour etre exacte a 95 %, quelqu'un parle a ce lecteur), plaide pour des outils rapportant une confiance par cas plutot que des sorties binaires, et note qu'une enquete AMA de 2026 a trouve que plus d'un quart des medecins n'ont recu aucune formation a l'IA. Le cadrage de Langlotz tient toujours : l'intelligence machine et l'intelligence humaine echouent differemment, c'est pourquoi le metier du radiologue devient l'evaluation des decisions de l'IA, et pourquoi le biais d'automatisation et la complaisance d'automatisation sont desormais des risques operationnels a gerer, pas des abstractions.

Lien: <https://arstechnica.com/health/2026/08/ai-wont-replace-radiologists-but-it-will-...>

L'IA radiologique marquee CE d'abord attend en mediane 17,5 mois pour l'autorisation FDA ; les dispositifs FDA d'abord obtiennent le CE en 3,5 mois

Medspark, sur npj Digital Medicine | 23 aout 2026

Une analyse de npj Digital Medicine portant sur 239 dispositifs d'IA radiologique a trouve une asymetrie reglementaire persistante : les dispositifs ayant obtenu le marquage CE en premier ont attendu en mediane 17,5 mois l'autorisation FDA subsequente, tandis que les dispositifs FDA d'abord ont obtenu l'autorisation europeenne en 3,5 mois en mediane. Sur les 239 dispositifs, 128 ne portaient qu'un marquage CE. Pour les deployeurs europeens, la lecture pratique est qu'une grande part des outils de votre marche ne verra jamais la voie d'examen independante de la FDA ; pour les fournisseurs, l'etude est une feuille de route : lancer en Europe d'abord achete de la vitesse maintenant au prix d'un long second acte americain.

Lien: <https://medspark.ai/2026/08/23/radiology-ai-that-clears-europe-first-faces-a-17-...>

Document de discussion FDA sur l'IA generative : fenetre de commentaires ouverte jusqu'au 19 octobre

Noah Intelligence, sur le document FDA du 18 aout | 27 aout 2026

La couverture s'est poursuivie cette semaine du document de discussion de la FDA sur les dispositifs medicaux integrant l'IA generative, publie le 18 aout avec commentaires attendus au 19 octobre 2026 sous le docket FDA-2026-N-7874. Les elements les plus pertinents pour l'imagerie : un cadre de risque gradue selon l'autonomie d'action du systeme, un modele premarket base sur les competences avec des benchmarks standardises de comportement de securite, de generalisation et de resistance a l'injection de prompts, un recours accru au monitoring post-commercialisation precisement parce que les sorties generatives resistant aux tests premarket complets, et l'idee d'un Foundation Model Device Master File volontaire pour les developpeurs de modeles. L'ACR prepare une reponse radiologique et collecte les contributions de ses membres. Si votre institution deploie ou planifie une IA de redaction de comptes rendus, ce docket est l'endroit ou s'ecrivent les regles qui la gouverneront ; le document n'est pas une directive et ne change aucune regle aujourd'hui.

Lien: <https://noah-news.com/fda-seeks-input-on-new-risk-framework-for-generative-ai-me...>

SECTION 6

SOCIETES SAVANTES

SIIM | ACR | RCR | Publications et couverture officielles

La RSNA met en avant de nouvelles preuves que des prompts cognitivement biaises degradent l'exactitude des LLM en radiologie

26 aout 2026

La RSNA a publie le 26 aout un article sur une etude de Radiology: Artificial Intelligence de l'Universite de Toronto testant 10 LLM sur 400 questions de type examen de radiologie. L'exactitude de base etait de 84,8 % sur les questions texte seul et de 59,5 % sur les questions multimodales ; des prompts biaises rediges pour paraitre cliniquement plausibles (autorite, complexite, ancrage) ont reduit l'exactitude jusqu'a 21,1 % et 44,9 % respectivement, le biais d'autorite etant le plus dommageable. Les prompts d'attenuation n'ont recupere qu'une partie de la perte. Le commentaire accompagnant l'etude fait le point de deploiement : ce ne sont pas des attaques adversariales mais des formulations humaines reconnaissables, exactement ce qu'un modele integre a la conversation clinique rencontrera.

Source: <https://www.rsna.org/news/2026/august/cognitive-biases-mislead-radiology-llms>

L'ACR rapporte son plaidoyer pour les programmes d'IA en imagerie du NIH, dont l'initiative PRIMED-AI

27 aout 2026

L'ACR a rapporte le 27 aout que la coalition Friends of NIBIB, dont elle fait partie, a rencontre des responsables du NIH le 21 aout pour soutenir le National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. Les discussions ont porte sur les programmes a venir pertinents pour la radiologie, notamment PRIMED-AI (Precision Medicine with AI: Integrating Imaging with Multimodal Data), qui financera le developpement d'aides a la decision clinique par IA combinant l'imagerie medicale avec d'autres donnees de sante. L'ACR continue de plaider pour un financement accru du NIH et du NIBIB.

Source: <https://www.acr.org/News-and-Publications/2026/advocating-for-imaging-programs-nih>

SECTION 7

LEADERS D'OPINION

*LinkedIn | Déclarations publiques | Semaine du 23 au 29 août 2026***Amine Korchi***Radiologue, investisseur healthtech ; Sifted Top 25 Expert, Imaging Wire Top 10 Radiology AI KOL*

Publication (28 août) annonçant deux jalons pour ThinkSono, la startup d'échographie de thrombose veineuse profonde guidée par IA de son portefeuille d'investissement, avec des images montrant l'acquisition guidée par téléphone en usage au Chelsea and Westminster Hospital. Son cadrage est l'essentiel : le plus grand impact de l'IA en santé ne sera pas d'aider les spécialistes à faire mieux les mêmes choses, mais de redessiner la délivrance des soins, ici en sortant l'acquisition de l'échographie TVP de la salle de l'échographiste. Dans une autre publication (27 août), il conteste le débat suisse sur les coûts de la santé : une heure tarifaire n'est pas une heure travaillée, et la haute productivité des radiologues reflète la technologie et l'organisation, pas une surremunération ; les systèmes devraient mesurer et récompenser la valeur plutôt que pénaliser l'efficacité.

Source: [LinkedIn](#)**Curt Langlotz***Professeur de radiologie, de médecine et de science des données biomédicales, Stanford*

A partagé (26 août) le reportage de Modern Healthcare 'What radiologists want from the next generation of AI', poursuivant sa série d'entrevues sur l'état réel de l'IA en imagerie une décennie après les prédictions de remplacement : les outils actuels assistent plutôt qu'ils ne remplacent, le rôle du radiologue évolue vers l'évaluation des sorties de l'IA, et le biais d'automatisation est le risque opérationnel à gérer.

Source: [LinkedIn](#)**Daniel Pinto dos Santos***Radiologue et chercheur en informatique d'imagerie, CHU de Cologne / Francfort*

A amplifié (28 août) l'annonce ACR-EuSoMI 2026 du Data Science Institute de l'ACR, construite autour de quatre questions de gouvernance : notre IA fonctionne-t-elle comme prévu, qui est responsable de son monitoring, comment choisissons-nous le prochain modèle, et votre gouvernance gouverne-t-elle. La checklist sert aussi d'autotest pour le comité IA de n'importe quel service avant la réunion d'octobre en Crète.

Source: [LinkedIn](#)**NOTE D'ASSURANCE QUALITE**

Compile par le Dr Sergey Morozov à partir de sources publiquement disponibles : articles évalués par les pairs indexés dans PubMed (PMID et DOI vérifiés, aucun preprint ni arXiv), communiqués officiels, bases réglementaires et médias spécialisés. Ne constitue pas un avis médical, réglementaire ou financier. Tous les articles ont des dates vérifiées dans la fenêtre du 23 au 29 août 2026. La sélection est déterministe (requête PubMed fixe, liste de revues Q1/phares, exclusion des revues pures [meta-analyses conservées], de la radiomique seule et de la radiologie interventionnelle, puis un score de classement transparent). Les annonces secteur proviennent de communiqués officiels ; les items KOL de l'activité publique LinkedIn dans la fenêtre.