

VEILLE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Radiologie et imagerie medicale

Semaine 38 | 13 au 19 septembre 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

2

Annonces secteur / FDA

2

Points médiatiques

3

Leaders d'opinion

ENSEIGNEMENT DE GOUVERNANCE DE LA SEMAINE

Cette semaine rend concrète une leçon de déploiement: ni la certification ni une bonne exactitude agréée ne décident ou un outil doit tourner. Une étude prospective en mode fantôme d'un détecteur d'anévrismes certifiée FDA a trouvé une valeur opérationnelle nettement favorable chez les hospitalisés, marginale aux urgences et défavorable en ambulatoire, avec le même algorithme dans le même hôpital. Un panel d'experts sur la détection des ARIA par IA arrive à la même réponse par le versant gouvernance: implémentation conditionnelle uniquement, avec radiologue dans la boucle, assurance qualité et monitoring prospectif de la performance. L'action pour un responsable de radiologie: inscrire le périmètre de déploiement par contexte de soins dans les tests d'acceptation, et utiliser le mode fantôme pour mesurer le rendement incrémental et le gain-to-pain dans chaque contexte avant que l'outil ne touche une liste de travail réelle.

SECTION 0

RESUME EXECUTIF

Tendances clés, semaine du 13 au 19 septembre 2026

[PREUVES] UN ALGORITHME CERTIFIÉ, TROIS REPONSES DE DEPLOIEMENT

Goldberg-Stein S et al. (JACR) ont fait tourner le détecteur d'anévrismes d'Aidoc, certifié FDA, en mode fantôme prospectif sur 3 856 angioscanners: gain-to-pain 2,57 chez les hospitalisés, 1,0 aux urgences, 0,67 en ambulatoire. Même outil, même hôpital, décisions de déploiement opposées selon le contexte. Le mode fantôme a livré la réponse avant tout changement de workflow.

[SUPERVISION] L'IA POUR LES ARIA REÇOIT DES CONDITIONS, PAS UN FEU VERT

Petrella JR et al. (AJR) publient une position d'experts multidisciplinaire sur la détection des ARIA par IA sous traitement anti-amyloïde: probablement bénéfique pour la sécurité des patients, mais uniquement comme aide à la décision avec radiologue dans la boucle, assurance qualité continue et monitoring prospectif de la performance, face à un marché d'outils au statut réglementaire et aux preuves de validation très variables.

[VALIDATION] LE CLASSEMENT S'INVERSE SUR LES CAS NORMAUX

Lalinia M et al. (J Imaging Inform Med) publient FAR-POLYP-SEG, 8 181 images coloscopiques prospectives de 455 patients: les modèles au meilleur Dice interne ont produit jusqu'à 59,5% de faux positifs sur 7 749 images de muqueuse normale, une inversion quasi complète du classement. Un jeu de test sans examens normaux ne peut pas prédire la charge d'alertes.

[CLINIQUE] LE GRADING NON INVASIF DU CARCINOME RENAL ATTEINT SON PLAFOND DE PREUVES

Kiani I et al. (European Radiology) poolent 20 études d'IRM quantitative contre le grade WHO/ISUP dans le carcinome rénal: l'ADC seul atteint une AUC de 0,71 avec une spécificité faible, la radiomique et le deep learning atteignent une AUC de 0,90 mais de façon hétérogène. Validation externe et études d'impact décisionnel restent l'étape manquante avant le triage des biopsies.

[POINT DE VIGILANCE] LA VARIABLE, C'EST LE CONTEXTE LOCAL, PAS LE MODELE

Trois articles de la semaine font le meme constat sous des angles differents: un detecteur d'anévrysmes dont la valeur operationnelle change de signe entre hospitalises et ambulatoires, des modeles de segmentation dont le classement interne s'inverse sur la muqueuse normale, et un panel ARIA qui conditionne le deploiement a l'assurance qualite et au monitoring locaux. Ce qui varie n'est pas l'algorithme mais la population, le casemix et le contexte qu'il rencontre. Des tests d'acceptation qui ignorent le contexte mesurent un autre deploiement que celui que vous allez exploiter.

SECTION 1

ARTICLES EVALUES PAR LES PAIRS

Source : PubMed | Indexation verifiee | Aucun preprint | 13 au 19 septembre 2026

Prospective Shadow-Mode Evaluation of an Artificial Intelligence Tool for Intracranial Aneurysm Detection on CT Angiography: Incremental Yield and Operational Impact.

Goldberg-Stein S, et al. | *Journal of the American College of Radiology* | 2026-09-15

Avant d'etendre un outil de detection certifie au-dela du contexte pour lequel il a ete achete, faites-le tourner en mode fantome (shadow mode) et ventilez les resultats par contexte de soins: cette etude prospective a fait passer 3 856 angioscanners cerebraux consecutifs par l'algorithme d'anévrysme d'Aidoc, certifie FDA, avec des radiologues aveugles a l'IA et une adjudication limitee aux discordances. Le design produit des metriques operationnelles de deploiement (rendement incremental, gain-to-pain, nombre de patients a examiner) avant de modifier le moindre parcours patient.

Indicateurs clés: 3 856 angioscanners, taux d'examen positifs 5,1% (195 sur 3 856); concordance radiologue-IA 96,3%. Sensibilite IA 0,846 (0,787 a 0,894) contre radiologue 0,718 (0,649 a 0,779); specificite 0,987 contre 0,985. Taux de detection augmentee relatif 39% (55 vrais positifs IA seule pour 140 vrais positifs radiologue); ratio de detection incrementale 1,83; gain-to-pain 1,20; nombre a examiner 70,1. Par contexte: hospitalise rEDR 78,3%, GPR 2,57, NNE 28,9; urgences GPR 1,0, NNE 85,3; ambulatoire rEDR 14,1%, GPR 0,67, NNE 130,3. 56,4% des anévrysmes detectes par l'IA seule mesuraient moins de 3 mm.

Pertinence clinique: Le meme algorithme certifie s'est revele operationnellement favorable chez les patients hospitalises, marginal aux urgences et defavorable en ambulatoire, dans un seul etablissement sur une seule periode. La certification ne repond a rien de tout cela; seule la mesure locale y repond. Pour votre comite IA, cela change les tests d'acceptation et le monitoring: adoptez le mode fantome comme methode standard de test d'acceptation des outils de detection, exigez des metriques operationnelles par contexte de soins, et definissez le perimetre de deploiement par contexte plutot que pour tout l'hopital; c'est une application concrete de l'article 9 du reglement europeen sur l'IA et le point de depart de la serie de monitoring de l'article 72.

PMID 42742498 DOI 10.1016/j.jacr.2026.07.018

Quantitative MRI for World Health Organisation/International Society of Urological Pathology Grading of Renal Cell Carcinoma: a systematic review and diagnostic meta-analysis.

Kiani I, et al. | *European radiology* | 2026-09-18

Avant de considerer l'IRM quantitative comme un substitut a la biopsie pour grader le carcinome renal, regardez ce que montre reellement la synthese des preuves: cette revue systematique avec meta-analyse diagnostique a synthetise 20 etudes de biomarqueurs IRM quantitatifs (diffusion, relaxometrie, transfert de saturation par echange chimique, radiomique) contre le grade WHO/ISUP, avec une meta-analyse formelle possible pour 12 d'entre elles.

Indicateurs clés: Sept etudes ADC: sensibilite poolee 0,84 (IC 95% 0,77 a 0,89), specificite 0,57 (IC 95% 0,51 a 0,63), AUC sommaire 0,71 pour la maladie de haut grade; les tumeurs de bas grade montraient un ADC plus eleve (difference moyenne $0,21 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$; IC 95% 0,11 a 0,30). Cinq etudes radiomique/deep learning incluant l'IRM: sensibilite poolee 0,79 (0,64 a 0,89), specificite 0,86 (0,74 a 0,93), AUC 0,90.

Pertinence clinique: Les metriques de diffusion seules gradient le carcinome renal avec une precision modeste et une specificite faible, ce qui limite leur valeur isolee pour le triage des biopsies. Les modeles radiomique et deep learning poolent nettement mieux mais avec moins de constance entre etudes, et les auteurs sont explicites: protocoles multiparametriques standardises, validation externe et etudes d'impact decisionnel restent requis avant toute implementation clinique. Retenu pour son merite clinique: c'est le plafond actuel des preuves pour le grading non invasif du carcinome renal.

PMID 42758284 DOI 10.1007/s00330-026-12837-5

Deep Learning Based on Magnetic Resonance Imaging for Preoperative Prediction of Pituitary Neuroendocrine Tumors Subtypes.

Yang Z, et al. | *Academic radiology* | 2026-09-14

Le sous-typage moléculaire des tumeurs neuroendocrines hypophysaires exige aujourd'hui la pathologie postopératoire; cette étude bicentrique a entraîné un modèle de deep learning YOLOv11 pour prédire la lignée des facteurs de transcription (PIT1, TPIT, SF1 ou absence de lignée distincte) en préopératoire à partir des séquences IRM de routine chez 888 patients, avec validation interne, externe temporelle et multicentrique.

Indicateurs clés: 888 patients inclus de janvier 2021 à décembre 2025; âge moyen 54,32 ans, 52,9% de femmes. Meilleure performance sur le T1 sagittal avec injection (mAP50-95 0,901); plus faible sur le T2 coronal (mAP50-95 0,756). L'abstract rapporte une performance robuste sur les cohortes interne, externe temporelle et multicentrique sans autres chiffres par cohorte.

Pertinence clinique: Si la lignée peut se lire sur l'IRM préopératoire, des stratégies médicales de première intention pour certaines tumeurs PIT1 et SF1 deviennent planifiables avant la chirurgie plutôt qu'après la pathologie. Le design de validation est plus solide que la plupart des travaux monocentriques du domaine (externe temporelle plus multicentrique), mais les cohortes sont retrospectives et les auteurs positionnent le modèle comme nécessitant une validation prospective avant d'orienter la prise en charge personnalisée. Présente pour son mérite clinique.

PMID 42736093 DOI 10.1016/j.acra.2026.08.069

Automated three-dimensional radiomic body composition analysis enhances survival prediction in resectable non-small cell lung cancer.

Huang Y, et al. | *European radiology experimental* | 2026-09-18

La stadification standard du cancer bronchique non à petites cellules résectable ignore l'hôte: cette étude multicentrique a construit un pipeline de deep learning entièrement automatisé pour la segmentation tridimensionnelle de la composition corporelle, extrait des caractéristiques radiomiques de la tumeur et de la composition corporelle, et les a intégrées par extrême gradient boosting pour prédire la survie globale sur des cohortes d'entraînement, de validation interne et externe.

Indicateurs clés: 1 038 patients (âge moyen 61,8 +/- 10,7 ans; 58,66% d'hommes); 293 décès (28,2%) sur un suivi médian de 3,31 ans. Score tumoral et score de composition corporelle indépendamment associés à la survie globale (hazard ratios 2,72 et 2,03; $p < 0,001$ pour les deux). L'ajout de la composition corporelle améliore significativement la discrimination par rapport aux modèles tumeur seule sur toutes les cohortes ($p < 0,05$); le modèle complet atteint des AUC supérieures à 0,80 pour la survie à 1, 2, 3 et 5 ans. Les phénotypes dérivés de SHAP stratifient quatre groupes pronostiques (log-rank $p < 0,05$ pour tous).

Pertinence clinique: La composition corporelle est une information pronostique que le scanner contient déjà et que personne ne facture; son extraction automatisée en fait une variable reproductible pour la stratification du risque postopératoire et l'intensité du suivi. Validation externe et analyse d'interprétabilité sont en place, et la valeur incrementale par rapport aux modèles tumeur seule est formellement testée. Retenu pour son mérite clinique.

PMID 42758420 DOI 10.1186/s41747-026-00802-2

Radiomics-based prediction of pituitary adenoma consistency: a systematic review and meta-analysis.

Fusco G, et al. | *La Radiologia medica* | 2026-09-18

La consistance de l'adénome hypophysaire conditionne la stratégie chirurgicale mais l'imagerie conventionnelle ne la prédit pas de façon fiable; cette revue systématique avec méta-analyse (protocole pré-enregistré, PRISMA-DTA) a poolé 14 études radiomiques prédisant la consistance à partir de l'IRM pour établir ce que le domaine peut livrer aujourd'hui pour la planification préopératoire.

Indicateurs clés: 14 études; AUC poolée 0,86 (IC 95% 0,76 à 0,92, $I^2 = 92,45\%$). Modèle HSROC: sensibilité 0,74 (IC 95% 0,56 à 0,87), spécificité 0,79 (IC 95% 0,73 à 0,84). Pas de différence significative de performance selon l'algorithme, la dimensionnalité ou la séquence; tendance à de meilleures AUC pour les modèles T2 et multi-séquences. Risque de biais faible à modéré; hétérogénéité élevée avec effet petites études dans l'analyse principale.

Pertinence clinique: Bonne discrimination poolée, mais les réserves sont le vrai résultat: une hétérogénéité de 92%, un effet petites études et une validation externe limitée font de l'AUC poolée un plafond optimiste, pas une performance locale attendue. Les auteurs restreignent en conséquence la généralisabilité clinique et appellent à une validation externe multicentrique et à des workflows radiomiques standardisés. Présente pour son mérite clinique sur une prédiction réellement utile à la chirurgie.

PMID 42758236 DOI 10.1007/s11547-026-02281-2

Artificial Intelligence-Based Detection of ARIA on MRI During Alzheimer Disease Therapy: Expert Opinion on Responsible Clinical Integration.

Petrella JR, et al. | *AJR. American journal of roentgenology* | 2026-09-16

Avant d'acheter un outil IA de surveillance des ARIA sous traitement anti-amyloïde, adoptez les conditions que ce panel multidisciplinaire de neuroradiologues et de cliniciens de la maladie d'Alzheimer attache au déploiement: aide à la décision uniquement, dans un cadre avec radiologue dans la boucle, avec assurance qualité continue et monitoring prospectif de la performance clinique. Le panel a examiné la base de preuves des outils de détection des ARIA assistée par IA alors que les volumes d'IRM de surveillance augmentent avec la prescription en routine des anti-amyloïdes.

Indicateurs clés: Document de consensus; l'abstract ne rapporte aucun chiffre de performance poole. Ses constats de fond sont qualitatifs: une variation substantielle entre les outils ARIA commerciaux en matière de statut réglementaire, de capacités techniques et de preuves de validation, et une lacune de preuves sur l'impact d'une meilleure détection sur les résultats cliniques.

Pertinence clinique: La position du panel est un modèle de gouvernance: implémentation conditionnelle, supervision nominative, assurance qualité et monitoring prospectif comme préconditions et non comme aspirations. Pour votre comité IA, cela change la validation et le monitoring: traitez les outils ARIA comme une classe ou le statut réglementaire du fournisseur se vérifie au cas par cas, et où l'approbation de déploiement s'écrit comme conditionnelle à une série locale de performance en cours; cela correspond directement à l'article 14 (supervision humaine) et à l'article 72 (surveillance après commercialisation) du règlement européen sur l'IA.

PMID 42747213 DOI 10.2214/AJR.26.35514

FAR-POLYP-SEG: A Prospective Single-Center Colonoscopy Dataset for Colorectal Polyp Segmentation with Patient-Level Metadata and Baseline Cross-Dataset Evaluation.

Lalinia M, et al. | *Journal of imaging informatics in medicine* | 2026-09-15

Avant de laisser un classement interne choisir votre modèle de segmentation, testez-le sur des cas normaux: FAR-POLYP-SEG est un jeu de données coloscopiques prospectif monocentrique construit comme ressource de validation, avec 8 181 images de 455 patients (432 images de polypes segmentées par des experts plus 7 749 images de muqueuse normale) et des métadonnées cliniques par patient, sur lequel six architectures ont été évaluées selon un protocole standardisé groupe par patient.

Indicateurs clés: Validation croisée à cinq plis groupée par patient, aucun patient présent à la fois en entraînement et en test d'un même pli. PraNet meilleur Dice interne 0,755; nnU-Net meilleur IoU interne 0,665. Sur les 7 749 images de muqueuse normale, les taux de faux positifs allaient de 24,9% (YOLOv11m-seg) à 59,5% (nnU-Net), décrits par les auteurs comme une inversion quasi complète du classement Dice interne. Dice externe sur Kvasir-SEG de 0,756 à 0,829 avec un ordre largement préservé. Données, métadonnées et code publiés.

Pertinence clinique: Le modèle qui gagne sur le chevauchement des lésions peut être celui qui alarme le plus sur les tissus sains: un classement construit uniquement sur des cas positifs ne prédit ni la charge d'alertes ni la spécificité en service. Pour votre comité IA, cela change les tests d'acceptation: exigez des examens normaux dans chaque jeu de test local, rapportez les faux positifs sur ces examens comme un chiffre distinct à côté de la métrique principale, et pondérez le choix de l'outil par les deux; c'est le contenu pratique de l'article 15 (exactitude et robustesse) et de l'article 10 (gouvernance des données de test).

PMID 42745112 DOI 10.1007/s10278-026-02268-5

Multi-contrast MRI acceleration via post-reconstruction fusion.

Nazarov A, et al. | *Medical image analysis* | 2026-09-14

L'IRM cérébrale multicontraste est lente parce que chaque contraste 3D est acquis indépendamment en pleine résolution; ce travail accélère le protocole plutôt que la séquence, en acquérant chaque contraste avec une matrice d'encodage de phase réduite d'un facteur quatre le long d'un axe propre au contraste, sur des réglages scanner standards, puis en fusionnant les volumes complémentaires avec le réseau FARD (frequency attention residual denoising) pour restaurer un détail isotrope apparent à 1 mm³ sur tous les contrastes.

Indicateurs clés: Accélération du protocole d'environ 4x sur la cohorte prospective en conditions cliniques réelles (10,4 à 2,6 minutes). FARD atteint les PSNR et SSIM les plus élevés ou proches du maximum parmi les méthodes sans référence évaluées et approche la performance des méthodes guidées par référence sans exiger de contraste haute résolution de référence. Preuves retrospectives complémentaires à grande échelle sur BraTS-GLI 2024, qui ne modélise pas les effets scanner prospectifs.

Pertinence clinique: Le point pratique est la déployabilité: pas d'accès au k-space brut, pas de trajectoires non cartésiennes, pas de séquences sur mesure, donc l'approche peut tourner sur des acquisitions cliniques standards. Les preuves incluent une cohorte prospective acquise sur scanner clinique dans les conditions réelles de reconstruction constructeur, ce qui manque à la plupart des travaux d'accélération. L'évaluation de la qualité diagnostique par des lecteurs sur pathologie reste l'étape ouverte avant l'usage clinique. Présente pour son mérite clinique.

PMID 42753300 DOI 10.1016/j.media.2026.104297

SECTION 2

SECTEUR ET REGLEMENTATION

Sources : Registres officiels | Communiqués de presse | Bases FDA

[FDA] Le CADe thoracique sur modele de fondation de DeepHealth obtient sa certification FDA

DeepHealth | 16 septembre 2026

Certifié pour quoi: détection et localisation assistées, en adjonction, d'anomalies thoraciques suspectes sur radiographies (nodules pulmonaires, pneumothorax, condensations, anomalies médiastinales), via la Radiology AI Suite de DeepHealth; l'entreprise présente Chest XRay comme l'un des premiers produits certifiés FDA construits sur un modèle de fondation propriétaire. Preuves: annonce de l'entreprise et presse spécialisée; la voie 510(k) signifie une équivalence substantielle à un prédicat, et l'annonce ne cite aucune étude de performance revue par les pairs. Questions au fournisseur: quels findings sont couverts par la revendication certifiée et à quels points de fonctionnement; quelles données ont soutenu le 510(k) et comment le modèle de fondation a été adapté puis figé; un Predetermined Change Control Plan s'applique-t-il et quelles modifications permet-il de pousser sans nouvelle certification; performance par groupe d'âge et par constructeur. Le marketing du modèle de fondation ne change pas le travail du deployeur: c'est la revendication certifiée, pas l'architecture, qui définit ce que vous devez valider localement, et un CADe en adjonction exige toujours des métriques lecteurs de référence avant la mise en service.

Source: [Diagnostic Imaging](#)**[FDA] MICS-PET: rehaussement TEP guide par IRM avec quantification amyloïde et tau automatisée certifiée**

Microstructure Imaging (MICS) | 15 septembre 2026

Certifié pour quoi: une plateforme logicielle de TEP neurologique combinant débruitage et super-résolution TEP guidées par l'IRM avec quantification automatisée, dont le Centiloid pour la TEP amyloïde, le CenTauR pour la TEP tau, les SUVr régionaux et des z-scores contre des contrôles normatifs, pour les traceurs amyloïde, tau et FDG; MICS, spin-off de NYU Langone, le présente comme le premier logiciel de rehaussement TEP guidé par IRM certifié FDA. Preuves: communiqué de l'entreprise évoquant un développement et une validation sur les systèmes TEP et IRM des grands constructeurs; aucune étude clinique d'exactitude revue par les pairs n'est référencée. Questions au fournisseur: quel étalon de référence a ancré la validation de la quantification et sur quelles générations de scanners; comment le rehaussement affecte la fidélité quantitative dans les cas amyloïdes limites, puisque le même traitement qui affine les images peut déplacer les SUVr; quelle base normative génère les z-scores et comment elle correspond à votre population. Pertinent pour tout centre construisant des parcours de thérapies anti-amyloïdes, ou la quantification alimente des décisions de traitement adjacentes aux ARIA; mettez en place des contrôles de concordance avec votre pipeline actuel avant de basculer.

Source: [Business Wire via BioSpace](#)

SECTION 3

SIGNAL DE SURVEILLANCE APRES COMMERCIALISATION

Derive | Rappels et MAUDE | Surveillance en conditions réelles | Article 72 du règlement européen sur l'IA

COMMENTAIRE, ET NON UNE ACTUALITE RAPPORTEE**Commentaire: les preuves de la semaine plaident pour un monitoring stratifié par contexte**

Aucun événement de surveillance après commercialisation (signal de derive, rappel, signal MAUDE ou guidance article 72) n'est apparu dans la fenêtre; ceci est donc un commentaire sur les preuves de la semaine et non une nouvelle rapportée. Deux articles de la semaine montrent pourquoi une seule ligne de monitoring par outil ne suffit pas. L'étude JACR en mode fantôme a trouvé le même algorithme d'anévrisme certifié opérationnellement favorable chez les hospitalisés (gain-to-pain 2,57) et défavorable en ambulatoire (0,67): une métrique de concordance poolée aurait moyenne cela en une fausse réassurance. Le benchmark FAR-POLYP-SEG a trouvé des taux de faux positifs sur tissu normal inversant le classement d'exactitude interne de six modèles. Conséquence pour le monitoring: stratifiez votre série mensuelle de concordance par contexte de soins, et suivez les faux positifs sur les examens que le compte rendu final déclare normaux comme une ligne à part. La concordance agréée peut rester stable pendant qu'un contexte se dégrade en silence.

SECTION 4

FICHE PRATIQUE

Une mesure concrete pour votre comite IA ce mois-ci

Declarations d'usage prevu MDR et FDA; evaluation de conformite

Mesure: Pour chaque outil certifie que vous exploitez ou envisagez d'acheter, copiez mot a mot la phrase d'usage prevu en tete de son dossier de deployment. En dessous, listez chaque ecart entre cet usage et le votre: population, modalite, parc de scanners, contexte de soins, composition des lecteurs. Traitez chaque ecart liste comme une tache de validation locale nommee, avec un responsable et une date.

Pourquoi: La certification est une declaration sur une revendication precise appuyee sur des preuves precises, pas sur votre deployment. Une certification de visualiseur n'est pas une revendication de detection, et une autorisation De Novo signifie qu'aucun dispositif predicat n'existe, donc la charge de validation locale est plus elevee, pas plus faible.

Exemple concret: Goldberg-Stein S et al. montrent ce que vaut un seul de ces ecarts: le meme algorithme d'anévrisme certifie FDA, mesure prospectivement en mode fantome sur 3 856 angioscanners, a rendu un gain-to-pain de 2,57 chez les hospitalises et de 0,67 en ambulatoire. La ligne contexte de soins du dossier de deployment inverse a elle seule la decision. JACR, PMID 42742498, DOI 10.1016/j.jacr.2026.07.018.

SECTION 5

POINTS MEDIATQUES

*AuntMinnie | Radiology Business | The Imaging Wire | Diagnostic Imaging | ITN***AuntMinnie: l'IA renforce la detection des anevrismes cerebraux en angioscanner***AuntMinnie.com | 16 septembre 2026*

La couverture par AuntMinnie de l'etude JACR en mode fantome de Northwell Health (l'article de tete de cette semaine) l'a hissee dans les articles les plus lus de la semaine. L'angle de la presse specialisee rejoint la prudence de l'etude elle-meme: l'outil a fait remonter 55 anevrismes non rapportes par les radiologues, la plupart sous 3 mm, mais la valeur operationnelle variait fortement selon le contexte de soins. Que cette histoire atteigne le sommet des lectures signale que l'evaluation operationnelle par contexte devient le cadre que les medias specialises appliquent a l'IA de detection, et plus seulement l'exactitude autonome.

Lien: <https://www.auntminnie.com/clinical-news/ct/article/15835193/ai-boosts-brain-ane...>

Podcast Diagnostic Imaging: le remboursement de l'IA reste le business case non resolu de la radiologie*Diagnostic Imaging | 17 septembre 2026*

La deuxieme partie du podcast Reading Room sur l'IA et le remboursement, avec Lauren Nicola, MD, Christoph Wald, MD, PhD, MBA, et Peter Shen, examine pourquoi evaluer la valeur et le retour sur investissement des logiciels d'IA reste difficile, le temps medical que cela consomme, et les pistes vers un remboursement plus coherent. Pour les deployeurs, le point pratique est que sans clarte sur le remboursement, le business case de la plupart des outils repose encore sur l'efficience et la reduction du risque que vous devez mesurer vous-memes, une raison de plus pour que les donnees de tests d'acceptation et de monitoring servent aussi de preuves financieres.

Lien: <https://www.diagnosticimaging.com/view/reading-room-podcast-current-landscape-ai...>

SECTION 6

SOCIETES SAVANTES

SIIM | ACR | RCR | Publications et couverture officielles

Von der Leyen fait de la mammographie assistee par IA le porte-drapeau de "l'IA pour la sante"; l'ESR reagit

16 septembre 2026

Dans son discours 2026 sur l'etat de l'Union devant le Parlement europeen le 16 septembre, la presidente de la Commission europeenne Ursula von der Leyen a choisi le depistage du cancer du sein assiste par IA comme exemple phare de la transformation de la sante par l'IA en Europe, citant la reduction de mortalite de 30 a 40% du depistage chez les femmes participantes. L'ESR a salue la reconnaissance du role de la radiologie. Pour les responsables d'imagerie, c'est du capital politique: l'IA de depistage dispose désormais d'un soutien europeen explicite au plus haut niveau, ce qui accelerera les appels a financement et la pression au deploiement avant la premiere EU Screening Week (28 septembre au 4 octobre), et fait de la validation locale disciplinee le facteur qui distinguera les programmes capables de montrer leur gouvernance de ceux qui ne montrent que leur adoption.

Source: <https://www.myesr.org/ai-powered-radiology-saves-lives/>**Premier radiologue nomme a l'USPSTF; l'ACR salue la nomination**

17 septembre 2026

Le HHS a annonce le 17 septembre huit nouveaux membres de l'US Preventive Services Task Force, dont Dennis Wulfeck, MD, MBA, DHA, radiologue diagnostique chez RadPartners MBB Radiology, premier radiologue a sieger dans ce panel de 16 membres qui fixe les recommandations americaines de depistage. L'ACR, qui plaide de longue date pour une representation des specialites au sein de l'USPSTF, a publie un communique saluant la nomination. La composition de la task force determine quels services de depistage fondees sur l'imagerie sont evalues, et donc remboursees; une voix de radiologue dans ce processus compte pour la maniere dont les futures preuves du depistage assiste par IA seront jugees.

Source: <https://www.auntminnie.com/practice-management/careers/imaging-leaders/article/15835216/uspstf-names-radiologist-to-task-force-acr-responds>**EuSoMII rejoint le Congres bresilien de radiologie avec une session commune en direct**

18 septembre 2026

EuSoMII a tenu le 18 septembre une session commune "CBR meets EuSoMII" au 55e Congres bresilien de radiologie (CBR26, Recife, 17 au 19 septembre), retransmise en direct pour les participants a distance, etendant a l'Amerique latine la collaboration de la societe europeenne d'informatique en imagerie. Cette programmation inter-regionale est le canal par lequel les pratiques de gouvernance de l'IA en imagerie circulent entre des marches aux regimes reglementaires tres differents, et elle signale l'ambition d'EuSoMII au-dela de l'Europe avant son congres annuel 2026 en Crete.

Source: <https://www.linkedin.com/company/eusomii/posts/>

SECTION 7

LEADERS D'OPINION

LinkedIn | Declarations publiques | Semaine du 13 au 19 septembre 2026

Curt Langlotz

Professeur de radiologie, de medecine et de science des donnees biomedicales, Stanford; Stanford AIMI

A amplifie (17 septembre) l'annonce par Stanford AIMI de MedVAL, publie dans npj Digital Medicine (Asad Aali, Vasiliki Bikia et al.): 'Les modeles de langage peuvent generer du texte clinique en quelques secondes. Mais verifier que ce texte est factuellement exact exige toujours' du temps d'expert. MedVAL est un cadre de validation de niveau expert du texte medical genere, comparant la validation par modele-juge a des juges medecins avec evaluation quantitative. Pertinence pour les deployeurs d'IA de redaction de comptes rendus: le goulot d'etirement se deplace de la generation vers la verification, et l'outillage de validation devient un objet de recherche a part entiere.

Source: [LinkedIn](#)

Amine Korchi

Neuroradiologue, Geneve; innovation et ventures HealthTech

A publie le 16 septembre sur une evaluation comparative parue dans Chest de modeles d'IA generative pour la redaction de comptes rendus de radiographie thoracique aux urgences, la qualifiant d'etude importante sur les modeles vision-langage pour le compte rendu de radiographie et partageant des sorties de modeles cote a cote face au compte rendu du radiologue. Son cadrage rejoint le theme de la semaine sur la verification: la qualite des brouillons varie fortement d'un modele a l'autre, et les exemples montrent des narrations confiantes, detaillees mais divergentes a partir de la meme image.

Source: [LinkedIn](#)

Daniel Pinto dos Santos

Radiologue et chercheur en informatique d'imagerie, Cologne/Francfort; EuSoMII

A amplifie (18 septembre) la session commune en direct 'CBR meets EuSoMII' au 55e Congres bresilien de radiologie a Recife, et (17 septembre) la mise en avant par ESR Journals d'un article d'European Radiology sur l'etiquetage anatomique des series scanner a partir des topogrammes (RAPID), qui s'attaque aux metadonnees DICOM incoherentes, la couche de gouvernance des donnees peu spectaculaire dont depend tout pipeline d'IA scanner avant qu'un seul modele puisse tourner de facon fiable.

Source: [LinkedIn](#)

NOTE D'ASSURANCE QUALITE

Compile par le Dr Sergey Morozov a partir de sources publiquement disponibles : articles evalues par les pairs indexes dans PubMed (PMID et DOI verifiees, aucun preprint ni arXiv), communiques officiels, bases reglementaires et medias specialises. Ne constitue pas un avis medical, reglementaire ou financier. Tous les articles ont des dates verifiees dans la fenetre du 13 au 19 septembre 2026. La selection est deterministe (requete PubMed fixe, liste de revues Q1/phares, exclusion des revues pures [meta-analyses conservees], de la radiomique seule et de la radiologie interventionnelle, puis un score de classement transparent). Les annonces secteur proviennent de communiques officiels ; les items KOL de l'activite publique LinkedIn dans la fenetre.