

# VEILLE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Radiologie et imagerie medicale

Semaine 43 | 18 au 24 octobre 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

6

Annonces secteur / FDA

3

Points médiatiques

2

Leaders d'opinion

## ENSEIGNEMENT DE GOUVERNANCE DE LA SEMAINE

Mesurez le binôme et le terrain, pas le modèle. Cette semaine, une expérience randomisée en crossover dans The Lancet Digital Health a montré qu'ignorer un avis correct de l'IA dégradait davantage la performance diagnostique des médecins que suivre un avis erroné, les explications aidant surtout sur les cas positifs difficiles; une étude prospective de dépistage communautaire a montré un outil de triage à AUROC élevée livrant une valeur prédictive positive de 17,6% parce que la maladie était rare sur le terrain; et une étude sur un LLM de comptes rendus en turc a montré une sortie parfaitement analysable masquant un contenu clinique incomplet. L'action pour un responsable de radiologie cette semaine: ajoutez deux lignes à votre modèle de test de recette, une mesure de la confiance (comment les lecteurs réagissent à des sorties IA volontairement mêlées, correctes et erronées) et une VPP ajustée à la prévalence avec le volume d'alertes attendu, et conservez les deux comme indicateurs mensuels de surveillance après la mise en service.

## SECTION 0

### RESUME EXECUTIF

Tendances clés, semaine du 18 au 24 octobre 2026

#### [GOUVERNANCE] LA SOUS-CONFIANCE COÛTE PLUS QUE LE BIAIS D'AUTOMATISATION

Dans une expérience randomisée en crossover publiée dans The Lancet Digital Health, 125 médecins ont lu des scanners cérébraux avec et sans avis de l'IA: écarter un avis correct a davantage dégradé la performance diagnostique, en valeur absolue, que suivre un avis erroné, et l'avis explicable a amélioré la performance (OR 1,84) surtout sur les cas difficiles avec hémorragie. Les tests de recette doivent mesurer la confiance dans les deux sens, pas seulement le biais d'automatisation.

#### [PREUVES] LA PRÉVALENCE DE TERRAIN REDÉFINIT LA VPP

Une IA mobile de triage à paramètres verrouillés pour le dépistage du cancer buccal, utilisée prospectivement par des non-spécialistes chez 602 participants communautaires, a gardé une spécificité de 98,6% mais n'a livré qu'une valeur prédictive positive de 17,6% sur ses alertes d'orientation. Une AUROC élevée (0,957) disait peu du flux d'alertes produit en situation de faible prévalence.

#### [MISE EN OEUVRE] UN SCHÉMA VALIDE N'EST PAS UN CONTENU FIDÈLE

Un LLM compact déployable localement a structuré des comptes rendus d'IRM rachidienne en turc avec 100% de JSON valide et 100% d'acceptation groupée par les lecteurs, mais un lecteur a jugé les listes de constatations négatives incomplètes dans 57,8% des comptes rendus, et les cibles d'entraînement venaient des étiquettes silver d'un autre modèle. Validez le contenu contre des cliniciens, pas contre le modèle enseignant.

#### [PREUVES] LES BUDGETS D'ANNOTATION PEUVENT BAISSER

Sur 6000 comptes rendus et 1260 modèles affinés, les transformers étiquetés par des experts sont restés les meilleurs pour détecter la négation (F1 jusqu'à 0,985), mais les étiquettes distillées par LLM s'en approchaient à 0,02 à 0,04 de F1 pour environ 0,018 USD par compte rendu, le choix de l'enseignant comptant peu. Un petit noyau étiqueté par des humains plus un volume distillé constitue une règle de coût défendable.

**[SUPERVISION] TESTER LE BINÔME ET LE TERRAIN**

Le fil de la semaine: la performance réside dans le binôme lecteur et IA et dans le contexte de déploiement, pas dans le fichier du modèle. Les schémas de confiance ont déplacé l'exactitude des médecins dans les deux sens, la prévalence de terrain a fait chuter la VPP d'un outil de dépistage à 17,6%, et une sortie LLM parfaitement analysable masquait un contenu clinique incomplet. Inscrivez une mesure de confiance et une VPP ajustée à la prévalence dans chaque test de recette, et gardez-les comme indicateurs mensuels.

## SECTION 1

**ARTICLES EVALUES PAR LES PAIRS**

Source : PubMed | Indexation vérifiée | Aucun preprint | 18 au 24 octobre 2026

**Development of a Novel Real-Time Computer-Assisted Colonoscopy Diagnostic Tool for Colorectal Neoplasia and Cancer to Enable Personalized Patient Management: Protocol for a Multicenter Proof-of-Concept Study.**

Olabintan O, et al. | *JMIR research protocols* | 2026-10-21

Un consortium international multicentrique a enregistré le développement et la validation de preuve de concept d'un système CADx de coloscopie en temps réel classant les lésions colorectales en cinq catégories: non néoplasiques, adénome de bas grade, adénome de haut grade, lésion festonnée sessile et cancer invasif, au-delà des décisions binaires des systèmes actuels. Plus de 17 000 images et trames vidéo anonymisées seront collectées prospectivement dans huit centres européens et un centre japonais, avec apprentissage contrastif semi-supervisé (SimCLR), un module de détection intégré et une interprétabilité par Grad-CAM.

**Indicateurs clés:** Protocole; pas encore de résultats de performance. Cibles prédéfinies: seuil d'exactitude diagnostique multiclasse de 85% comme critère principal, plus sensibilité et spécificité pour la détection du cancer invasif; validation de preuve de concept sur 250 images de lésions inédites évaluées indépendamment par des endoscopistes experts. Critères secondaires: accord interobservateur, performance par sous-groupes démographiques et lésionnels, analyse qualitative des erreurs de classification. Approbation éthique obtenue dans tous les centres participants.

**Pertinence clinique:** Les décisions binaires laisser en place ou réséquer plafonnent la valeur clinique du diagnostic optique; une sortie en cinq classes correspond directement à la technique de résection et aux intervalles de surveillance, là où se joue réellement la prise en charge personnalisée. Les résultats sont attendus, et le seuil d'exactitude de 85% prédéfini ainsi que les analyses de sous-groupes présélectionnées fixent une barre claire et vérifiable pour la lecture de la preuve de concept.

PMID 42905971 DOI 10.2196/77277

**Mobile AI-Assisted Oral Lesion Triage for Community Oral Cancer Screening: Prospective Field Evaluation Study.**

Liu HY, et al. | *JMIR mHealth and uHealth* | 2026-10-20

Avant de dimensionner un programme de dépistage sur la précision d'une IA mesurée sur données curées, modélisez ce que la faible prévalence fait à son flux d'alertes. Dans cette évaluation prospective de terrain dans l'est de Taïwan, un personnel non spécialiste formé a utilisé un système mobile de triage IA à paramètres verrouillés lors du dépistage communautaire de routine du cancer buccal. Sur 68 lésions classées rouges pour orientation spécialisée, 12 ont été confirmées à haut risque, et la revue experte a trouvé 4 lésions à haut risque supplémentaires que le système n'avait pas classées rouges.

**Indicateurs clés:** 602 participants dépistés, 4283 images intrabuccales interprétables, 16 événements à haut risque. Triage rouge: sensibilité 75% (12/16, IC 95% 50,5 à 89,8), valeur prédictive positive 17,6% (12/68, IC 95% 10,4 à 28,4), spécificité 98,6% (3928/3984), VPN 99,9%, exactitude 98,5%. AUROC 0,957 (rouge), 0,931 (jaune), 0,964 (vert); AUPRC 0,8235, 0,9052, 0,9476. Accord des spécialistes avant consensus: kappa de Fleiss 0,921, AC1 de Gwet 0,981.

**Pertinence clinique:** Une AUROC élevée coexistait avec une VPP de 17,6% parce que la maladie à haut risque était rare dans la population de terrain, et la même arithmétique vaut pour toute IA de dépistage ou de triage déployée hors du jeu de données enrichi sur lequel elle a été publiée. Pour votre comité IA: la validation comme la surveillance changent. Exigez dans le dossier de recette une VPP estimée à la prévalence locale et le volume d'orientations attendu (article 15, exactitude), et suivez le taux de positifs confirmés par alerte comme indicateur permanent de surveillance post-commercialisation (article 72).

PMID 42902899 DOI 10.2196/101721

## TurkRadLLM: A Compact MedGemma-Based Model for Structuring Turkish Lumbar and Cervical Spine MRI Reports-A Multi-reader Validation Study.

Turgan AH, et al. | *Journal of imaging informatics in medicine* | 2026-10-20

Si un LLM de structuration de comptes rendus a été validé contre les sorties d'un autre modèle, lisez-le comme une analyse de fidélité, pas comme une validation clinique; cette étude sépare honnêtement les deux. Les auteurs ont affiné un modèle compact MedGemma 4B par QLoRA sur 5210 comptes rendus d'IRM lombaire et 5017 cervicaux en turc pour produire une sortie structurée en six champs sur une seule carte graphique grand public, puis ont fait évaluer par des radiologues à la fois la sortie du modèle et les étiquettes silver du LLM propriétaire qui lui servaient de cible.

**Indicateurs clés:** Validation multilecteurs sur 180 comptes rendus authentiques et 20 cas adverses: JSON valide et conforme au schéma à 100%; acceptation groupée 100% (IC 95% 97,9 à 100); un lecteur a jugé les listes de constatations négatives incomplètes dans 57,8% des comptes rendus. Jeu réservé de 1025 comptes rendus: l'accord avec l'impression des étiquettes silver passe de 17,7% à 67,1% après affinage, la sensibilité du drapeau d'urgence contre la référence silver de 18,8% à 62,5% ( $p < 0,001$  pour les deux); un modèle bien plus grand non affiné atteint 27,5% et 50,0%; une base à règles atteint 99,0% pour la région anatomique. Déploiement: 14,75 Go de mémoire GPU.

**Pertinence clinique:** Toutes les sorties étaient analysables, et pourtant un lecteur a trouvé des listes de constatations négatives incomplètes dans plus de la moitié des comptes rendus: validité du schéma et fidélité du contenu sont deux revendications distinctes, et la notation des étiquettes silver par les lecteurs eux-mêmes montre qu'elles sont un outil d'entraînement, pas un standard de référence. Pour votre comité IA: la recette des LLM de structuration et d'extraction de comptes rendus change. Évaluez le contenu contre une adjudication clinique sur vos propres comptes rendus, incluez un test de sensibilité du drapeau d'urgence, et consignez toute validation fondée uniquement sur des étiquettes silver comme risque de gouvernance des données au titre de l'article 10.

PMID 42902038 DOI 10.1007/s10278-026-02427-8

## Reducing Annotation Costs Using Knowledge Distillation for Label-Efficient Negation Detection in Radiology Reports: Multisite Internal Validation Study.

Weng KH, et al. | *JMIR medical informatics* | 2026-10-22

Avant de budgéter une annotation experte pour adapter ou valider un outil de TALN sur comptes rendus, testez jusqu'où mènent des étiquettes distillées. Sur 6000 comptes rendus de radiologie anonymisés issus de trois sites hospitaliers et 1260 modèles transformers affinés, la supervision par étiquettes humaines est restée la meilleure pour détecter négation et spéculation, mais les pseudo-étiquettes générées par de grands modèles de langage s'en approchaient pour une fraction du coût, et le choix du modèle enseignant comptait peu.

**Indicateurs clés:** Transformers sur étiquettes humaines: F1 au niveau des mots-clés 0,982 à 0,985 à  $n=4200$ . Écart de distillation: delta F1 d'environ 0,042 aux petites tailles d'entraînement et 0,022 aux grandes ( $p$  ajusté  $< 0,001$ ). GPT-5.3 Chat en 10-shot: F1 0,974 (delta 0,009 vs transformers sur étiquettes humaines,  $p$  ajusté=0,047), devant Gemma 4 (0,957,  $p$  ajusté=0,01) et Qwen3.6-Plus (0,950,  $p$  ajusté  $< 0,001$ ). Coût d'étiquetage d'environ 0,018 USD par compte rendu, moins cher que l'annotation manuelle dès que le salaire expert dépasse 0,64 à 1,50 USD de l'heure. Annotations de référence: 1000 comptes rendus, kappa interévaluateurs 0,957. Validation interne multisite uniquement.

**Pertinence clinique:** Le résultat pratique est une règle de coût pour la gouvernance des chaînes de traitement de texte: conserver un petit noyau étiqueté par des experts comme référence et utiliser des étiquettes distillées pour le volume, la taille du jeu de données comptant davantage que la qualité de l'enseignant ou la stratégie d'échantillonnage. Pour votre comité IA: cela change la façon de financer la recette et la surveillance des outils de TALN; le standard de référence reste humain (article 10, gouvernance des données), et le cadre reste une validation interne tant qu'il n'est pas répliqué à l'externe, comme le disent les auteurs.

PMID 42914107 DOI 10.2196/103912

## An interpretable contrast-enhanced CT-based cross-attention transformer model for predicting progression-free survival in muscle-invasive bladder cancer: a multicenter study.

Liu Y, et al. | *Abdominal radiology (New York)* | 2026-10-22

Chez les patients atteints d'un cancer de la vessie infiltrant le muscle avant cystectomie radicale, cette étude à quatre centres demande si le scanner injecté préopératoire peut stratifier le risque de progression avant la chirurgie. Un transformer à attention croisée à deux canaux a produit un score d'apprentissage profond prédisant la survie sans progression et séparant les patients en groupes à haut et bas risque, avec une incidence cumulée de progression nettement différente.

**Indicateurs clés:** 427 patients atteints de TVIM dans quatre établissements, rétrospectif, répartis en cohortes d'entraînement et de validation. Cohorte de validation: indice C 0,774 et AUC 0,785 pour le score DL, globalement supérieur à la signature combinée DL et clinique, au modèle clinique et à un modèle Ki67 selon le résumé.

**Pertinence clinique:** Un score d'imagerie préopératoire stratifiant le risque de progression pourrait éclairer l'intensité de la surveillance et les discussions de traitement adjuvant après cystectomie. Le plan est rétrospectif avec une cohorte de validation modeste; le résultat demande une confirmation prospective et externe avant de guider la prise en charge individuelle.

PMID 42911393 DOI 10.1007/s00261-026-05837-y

## Automated carotid artery atherosclerotic inflammation segmentation in PET using MSR-Net.

Li R, et al. | *Physics in medicine and biology* | 2026-10-21

La quantification de l'inflammation des plaques carotidiennes en TEP est limitée moins par les traceurs que par la physique de volume partiel sur une paroi vasculaire fine; cette étude attaque ce goulot avec un apprentissage profond fondé sur la simulation. Un réseau en deux étapes localise la paroi carotidienne sur l'IRM pondérée T1, puis estime la fraction d'inflammation voxel par voxel sur la TEP au <sup>64</sup>Cu-CANF-comb, entraîné sur des images simulées par Monte-Carlo assez réalistes pour que des médecins nucléaires ne puissent pas les distinguer de façon fiable des examens réels.

**Indicateurs clés:** Contrôle de réalisme: cinq médecins ont identifié les images réelles avec 54% d'exactitude (54/100, IC 95% de Wilson 0,44 à 0,63, p=0,48). Sur 184 coupes simulées de test issues de cinq patients réservés: DSC pondéré 0,79 vs 0,73 (U-Net), 0,69 (Transformer U-Net) et 0,75 (DUCK-Net); HD 1,85 vs 2,29, 2,32 et 2,23 voxels; ENRMSE 0,24 vs 0,59, 0,68 et 0,59 pour les références DL et 0,57 pour la correction de volume partiel itérative de Yang (p corrigé de Holm <= 0,031). Chez sept patients, le SUV corrigé était associé positivement au noyau nécrotique riche en lipides avec hémorragie défini en IRM.

**Pertinence clinique:** La vérité terrain est ici synthétique par nécessité, ce qui fait à la fois la force et la limite de l'étude: les auteurs disent clairement qu'une validation externe contre des références biologiques est requise avant tout déploiement clinique. Sur le fond, le gain sur la correction standard de volume partiel est important, et le schéma en deux étapes guidé par l'IRM est réutilisable pour d'autres quantifications de petites structures en TEP.

PMID 42906615 DOI 10.1088/1361-6560/aeb798

## Frozen Echocardiography Foundation Model Embeddings Contain Linearly Recoverable LVOT VTI and TAPSE Report-Label Signal in MIMIC-IV-ECHO.

Karim P, et al. | *Journal of imaging informatics in medicine* | 2026-10-19

Avant que quelqu'un dans votre réseau ne propose un modèle de fondation comme raccourci vers les mesures échocardiographiques, notez avec quel soin cette étude borne sa propre revendication. Sur les données publiques MIMIC-IV-ECHO, les auteurs ont vérifié si les représentations figées d'EchoPrime au niveau de l'examen, sans affinage, contiennent un signal récupérable linéairement pour deux valeurs structurées du compte rendu: l'intégrale temps-vitesse sous-aortique et le TAPSE. C'est le cas, au-delà d'un modèle nul médian et de références non image fondées sur l'âge, le sexe et les métadonnées d'acquisition, mais avec un ajustement modéré.

**Indicateurs clés:** ITV sous-aortique: 3782 examens (2654 entraînement, 573 validation, 555 test); régression ridge, MAE de test 3,64 cm vs 4,54 cm pour le modèle nul (IC 95% 3,41 à 3,88), RMSE 4,66 cm, R2 0,372, r de Pearson 0,613 (0,556 à 0,664). TAPSE: 1131 examens (787, 184, 160); MAE 3,17 mm vs 3,79 mm pour le modèle nul (IC 95% 2,80 à 3,56), RMSE 3,94 mm, R2 0,284, r de Pearson 0,539 (0,424 à 0,632). Partitions déterministes par sujet; références non image plus faibles que les représentations d'imagerie.

**Pertinence clinique:** Un R2 de 0,28 à 0,37 montre que les représentations encodent un signal lié à la mesure, pas qu'elles peuvent remplacer une mesure, et les auteurs le disent explicitement: les résultats soutiennent des expériences au niveau des représentations, pas l'extraction ou le remplacement de mesures, le déploiement clinique ou l'aide à la décision. Le plan constitue un modèle propre pour sonder les modèles de fondation, avec partitions par sujet, sélection des hyperparamètres sur la seule validation et références non image sans fuite.

PMID 42897427 DOI 10.1007/s10278-026-02411-2

## Examining reliance patterns on AI advice in medical imaging: a mixed-methods, randomised, crossover experiment.

Gaube S, et al. | *The Lancet. Digital health* | 2026-10-23

Ne supposez pas que l'IA explicable a réglé la surconfiance, ni que la surconfiance soit votre risque principal. Dans cette expérience randomisée en crossover préenregistrée, 50 radiologues et 75 médecins non radiologues et internes ont chacun lu 50 scanners cérébraux pour hémorragie intracrânienne dans trois conditions: sans avis de l'IA, avec avis simple, et avec avis explicable annoté sur l'image, 80% des avis étant corrects. Les deux modes d'échec sont apparus, et ignorer un avis correct a davantage coûté en performance diagnostique, en valeur absolue, que suivre un avis erroné.

**Indicateurs clés:** 125 participants (50 experts de la tâche, 75 novices), 50 scanners cérébraux par session, trois conditions en ordre randomisé; 80% des avis IA corrects. Avis explicable correct vs absence d'avis: performance diagnostique OR 1,84 (IC 95% 1,49 à 2,28,  $p<0,0001$ ); confiance  $b=0,15$  (0,09 à 0,22); temps de lecture non réduit significativement ( $b=-1,81$ ,  $p=0,071$ ); utilité perçue supérieure à l'avis simple  $b=0,12$  ( $p=0,0029$ ), surtout chez les novices.

**Pertinence clinique:** La sous-confiance se concentrait sur les cas d'incertitude élevée, et l'avis explicable la réduisait surtout sur les cas difficiles avec hémorragie, à l'inverse de l'inquiétude habituelle des comités face au biais d'automatisation. Pour votre comité IA: cela modifie les tests de recette et la conception de la supervision humaine au titre de l'article 14 de l'AI Act. Testez les lecteurs locaux avec des sorties IA volontairement mêlées, correctes et erronées, mesurez la confiance dans les deux sens selon le niveau d'expérience, et suivez les taux de dérogation après la mise en service plutôt que de supposer que les explications suffisent à calibrer la confiance.

PMID 42919730 DOI 10.1016/j.landig.2026.101050

### SECTION 2

## SECTEUR ET REGLEMENTATION

Sources : Registres officiels | Communiqués de presse | Bases FDA

### [FDA] Elucid annonce l'autorisation FDA de FFR-IQ, logiciel de FFR-CT intégrant la biologie de la plaque

Elucid | 21 octobre 2026

Autorisé pour quoi: une 510(k) (K262015) pour l'estimation non invasive de la réserve de flux fractionnelle à partir du coroscaner; le logiciel intègre la quantification de plaque validée en histologie dans l'estimation physiologique et produit un rapport conjoint avec Plaque-IQ à partir d'un seul coroscaner. Sur quelles preuves: le fournisseur cite son étude de validation ELUCIDATE FFR-CT, sensibilité 92,2% et spécificité 93,1%, la plus élevée selon lui parmi les produits FFR-CT autorisés; l'affirmation renvoie au résumé 510(k) de la FDA daté du 29 septembre 2026, et l'annonce est un communiqué de presse, donc demandez la publication évaluée par les pairs. Questions au fournisseur: standard de référence et analyse par vaisseau ou par patient; sites, scanners et taux de rejet pour qualité insuffisante; calibration et gestion de la zone grise 0,75 à 0,80; données comparatives face à l'outil FFR-CT déjà utilisé chez vous. Surveillance indépendante de l'autorisation: suivez le taux de rejet local et la concordance avec la FFR invasive chez les patients revascularisés.

Source: [Business Wire](#)

### [FDA] 3DR Labs et Deep Reasoning AI obtiennent l'autorisation de NeuroDR pour le post-traitement 3D neurovasculaire autonome

3DR Labs | 20 octobre 2026

Autorisé pour quoi: une 510(k) pour la segmentation 3D entièrement automatisée, la modélisation anatomique et l'extraction des lignes centrales vasculaires sur l'angioscanner tête et cou, avec retour des MIP, rendus volumiques et reformatages curvilignes vers le PACS sans intervention du technicien. Il s'agit d'une autorisation de post-traitement et de visualisation, pas d'une revendication de détection ou de triage: le discours sur la décision en cas d'AVC décrit la vitesse du flux de travail, pas la performance diagnostique. Sur quelles preuves: documents du fournisseur; le communiqué ne cite aucune étude d'exactitude publiée. Questions au fournisseur: indications autorisées et dispositif de référence; exactitude de la segmentation et des lignes centrales sur examens artefactés ou mal opacifiés; signalement et renvoi des échecs vers un humain; délais sous charge. Surveillance: comparez chaque mois un échantillon de reconstructions automatiques à celles des techniciens et consignez les lignes centrales invraisemblables avant de traiter la sortie comme prête au diagnostic.

Source: [3DR Labs](#)

## [FDA] BoneEnhance de RIVANNA autorisé, premier module ML de la plateforme échographique Accuro XV

RIVANNA | 22 octobre 2026

Autorisé pour quoi: un module d'apprentissage automatique (K262093) qui segmente l'os et les tissus environnants sur les volumes d'échographie musculosquelettique Accuro XV et facilite la visualisation squelettique 3D lors de la relecture. Étiquetage anatomique uniquement: le module de détection des lésions annoncé est expérimental et non autorisé. Sur quelles preuves: une étude à huit sites avec une séparation réellement indépendante, trois sites pour l'entraînement et cinq pour le test, 233 jeux volumiques, 69 900 images, 173 sujets, exactitude d'étiquetage par volume de 95,1 à 100% face à trois radiologues certifiés; une séparation des sites inhabituellement propre pour un résumé 510(k), à exiger des autres fournisseurs. Questions au fournisseur: performance par sous-groupe selon la morphologie et l'âge, variabilité des lecteurs de référence, comportement sur anatomie atypique ou postopératoire. Surveillance: vérifiez lors de votre propre recette que les superpositions ne masquent jamais l'image B sous-jacente.

Source: [PR Newswire](#)

## [FDA] Coreline Soft obtient l'autorisation d'AVIEW Aorta Metrics pour la quantification aortique au scanner thoracique

Coreline Soft | 23 octobre 2026

Autorisé pour quoi: segmentation aortique automatisée et mesure des diamètres par zone au scanner thoracique, avec CPR redressé, vues transversales et 3D et rapports d'analyse; l'autorisation a été reçue le 16 octobre et constitue la treizième 510(k) du fournisseur. Un outil de quantification, pas une revendication de détection ou de triage des anévrismes. Sur quelles preuves: l'annonce ne cite aucun chiffre de performance clinique; les documents du fournisseur le placent dans un portefeuille de dépistage opportuniste. Questions au fournisseur: concordance avec la mesure manuelle experte sur vos scanners et protocoles, performance avec et sans injection, taux d'échec de classification des zones, et correspondance des diamètres rapportés avec les conventions de mesure sur lesquelles reposent vos seuils de surveillance. Surveillance: remesurez un jeu de référence fixe après chaque changement de scanner ou de protocole; une dérive d'un millimètre déplace les décisions de surveillance.

Source: [PR Newswire](#)

## [FDA] NEXT-Cue de NeuroXT autorisé pour l'aide à l'évaluation pronostique du trouble cognitif léger

NeuroXT | 20 octobre 2026

Autorisé pour quoi: une 510(k) de classe II pour un logiciel d'IA intégrant l'IRM cérébrale, les données démographiques et l'évaluation cognitive afin de fournir une information complémentaire à l'évaluation de la progression d'un trouble cognitif léger vers une démence d'Alzheimer à cinq ans. Sur quelles preuves: l'annonce ne cite aucun chiffre de performance ni validation publiée; niveau de preuve: documents du fournisseur tant que le résumé 510(k) n'a pas été lu. Questions au fournisseur: cohortes de développement et de validation, et ressemblent-elles à une vraie consultation mémoire plutôt qu'à des registres de recherche; discrimination et calibration selon l'âge, le sexe et le niveau d'études; formulation du risque à cinq ans dans l'interface pour éviter l'ancrage des cliniciens. Une revendication pronostique à cinq ans ne se vérifie pas vite localement: le rapport de validation complet, et non une démonstration, est ici le document de recette.

Source: [PR Newswire](#)

## [PARTNERSHIP] La suite nodules pulmonaires d'Optellum rejoint la plateforme d'entreprise de RapidAI

Optellum | 20 octobre 2026

Le Virtual Nodule Clinic d'Optellum avec l'IA Lung Cancer Prediction est désormais déployable via la Rapid Enterprise Platform, utilisée dans plus de 2500 hôpitaux; Optellum le présente comme le premier outil de stratification du risque de cancer pulmonaire par l'image autorisé par la FDA et remboursé par Medicare (CPT 0721T et 0722T). Un accord de distribution et d'intégration, pas une nouvelle preuve clinique: autorisation et remboursement sont inchangés, ce qui change est la voie de déploiement et l'outillage de gouvernance partagé de la plateforme. Questions avant de signer: qui détient et qui peut exporter les données de surveillance collectées par la plateforme, comment les versions de modèles sont contrôlées quand deux fournisseurs mettent à jour indépendamment, et si la tarification par examen survit au regroupement sur la plateforme.

Source: [Optellum](#)

## SECTION 3

**SIGNAL DE SURVEILLANCE APRES COMMERCIALISATION***Derive | Rappels et MAUDE | Surveillance en conditions réelles | Article 72 du règlement européen sur l'IA***Une IA d'EP autorisée par la FDA sous ses références d'autorisation dans 17 sites réels***Health AI Central / npj Digital Medicine | 22 octobre 2026*

Une évaluation menée par Emory et publiée dans npj Digital Medicine a analysé 67 869 scanners dans un système hospitalier universitaire de 17 sites utilisant deux algorithmes Aidoc BriefCase autorisés par la FDA. Le modèle de triage de l'EP a atteint 86,8% de sensibilité sur 30 678 angioscanners pulmonaires et le modèle d'EP fortuite 73,5% sur 37 191 scanners injectés de routine, tous deux sous leurs références d'autorisation, tandis que la spécificité dépassait les niveaux autorisés à 99,1% et 99,8%. La sensibilité passait de 99,3% pour les embolies en selle à 72,9% pour les sous-segmentaires et de 89,7% pour les EP aiguës à 65,3% pour les non aiguës. Les étiquettes de référence provenaient des comptes rendus via une chaîne LLM validée (97% d'exactitude), rédigés avec la sortie de l'IA visible, si bien que l'écart réel pourrait être plus grand. Lecture pratique: une absence d'alerte ne peut pas clore la recherche de petits caillots ou de caillots chroniques, et la sensibilité du résumé d'autorisation n'est pas une estimation de déploiement.

Lien: <https://healthaicentral.com/news/fda-cleared-ai-for-pulmonary-embolism-detection...>

**Sessions RSNA: sensibilité réelle du triage des HIC de 82% contre 96% dans les données d'autorisation***Diagnostic Imaging Europe | 21 octobre 2026*

Un compte rendu de DI Europe sur trois sessions du RSNA rassemble les preuves post-déploiement. À Emory, des étiquettes générées par LLM et validées ont servi à auditer des algorithmes de triage commerciaux sur plus de 101 000 cas d'hémorragie intracrânienne: la sensibilité réelle était d'environ 82% contre 96% dans les données d'autorisation FDA présentées, avec des faiblesses supplémentaires par sous-groupe. Une étude sur 227 radiologues lisant des radiographies thoraciques a montré un effet moyen nul de l'aide de l'IA, masquant des gagnants et des perdants extrêmes que l'expérience ne permettait pas de prédire, la négligence de l'automatisation étant plus fréquente que le biais d'automatisation. Le cadrage utile pour votre comité: les sorties de l'IA comme capteur qualité permanent, et la question post-déploiement qui passe de est-ce que cela marchera à est-ce que cela marche encore chez nous.

Lien: <https://dieurope.com/it-ai/from-prompts-to-performance-what-it-takes-to-make-ai-...>

**Commentaire du Lancet: l'IA d'imagerie cardiovasculaire condamnée au réentraînement sans fin si la surveillance n'est pas conçue d'emblée***The Lancet Medical Imaging and Theranostics | 20 octobre 2026*

Un commentaire dans The Lancet Medical Imaging and Theranostics nomme le paradoxe désormais visible en imagerie cardiovasculaire: les modèles deviennent plus exacts tandis qu'une performance durable devient plus difficile à maintenir, car les générations de scanners comme le scanner à comptage photonique, l'évolution des définitions de maladies et les nouvelles thérapies éloignent continuellement les données de celles sur lesquelles le modèle a été validé. Le message pour les déploieurs: l'hypothèse implicite de tout modèle figé, que les données de demain ressemblent à celles du développement, tient rarement longtemps en imagerie, ce qui fait de la surveillance et de la revalidation planifiées une exigence de conception et non une réflexion après coup.

Lien: [https://www.thelancet.com/journals/lanmit/article/PIIS3117-4523\(26\)00035-3/fullt...](https://www.thelancet.com/journals/lanmit/article/PIIS3117-4523(26)00035-3/fullt...)

## SECTION 4

## FICHE PRATIQUE

*Une mesure concrète pour votre comité IA ce mois-ci*

## AI Act, article 10 (gouvernance des données)

**Mesure:** Ajoutez une clause à votre prochain appel d'offres d'IA en imagerie: le fournisseur communique la composition démographique et par équipement des données d'entraînement et de test, et rapporte la performance par sous-groupe. Consignez toute non-communication comme risque au titre de l'article 9 au lieu de considérer le silence comme acceptable.

**Pourquoi:** La diversité, et non le volume, est la spécification à écrire: un audit de biais publié a montré que le modèle entraîné sur la cohorte la plus homogène était à la fois le moins bon et le plus biaisé, tandis qu'une cohorte de taille moyenne mais diverse battait une cohorte bien plus grande (Lee RS et al., AJNR, PMID 41663205, DOI 10.3174/ajnr.A9217).

**Exemple concret:** Le protocole multicentrique de CADx en coloscopie de cette semaine (Olabintan O et al., JMIR Research Protocols, PMID 42905971, DOI 10.2196/77277) montre à quoi ressemble une bonne composition lorsqu'elle est conçue d'emblée plutôt que révélée sous la pression: plus de 17 000 images de huit centres européens et d'un centre japonais, un large spectre démographique, et la performance par sous-groupe prédéfinie comme critère secondaire. Exigez ce niveau de transparence sur la composition dans vos propres achats et audits.

## SECTION 5

## POINTS MEDIATQUES

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

### La politique sur l'IA générative est une priorité de la Maison-Blanche, selon le responsable santé numérique de la FDA

*MedTech Dive | 21 octobre 2026*

À la MedTech Conference d'AdvaMed à Boston, Rick Abramson, le radiologue qui dirige le Digital Health Center of Excellence de la FDA, a annoncé un projet de lignes directrices sur les dispositifs fondés sur l'IA générative d'ici quelques mois, une priorité au niveau du secrétaire à la Santé et de la Maison-Blanche. La consultation sur le document de réflexion de la FDA consacré à l'IA générative s'est close le 20 octobre avec plus de 500 contributions. Un projet sur l'évaluation des risques et la génération de preuves pour ces dispositifs est en préparation, et la MHRA britannique avance en parallèle après avoir adopté 44 recommandations sur la régulation de l'IA, dont la surveillance de la performance sur tout le cycle de vie.

Lien: <https://www.medtechdive.com/news/gen-ai-policy-is-a-white-house-priority-cdrh-di...>

### Les prestataires à la FDA: les développeurs, pas les médecins, doivent répondre des dispositifs d'IA générative

*Healthcare Dive | 22 octobre 2026*

Dans leurs commentaires à la FDA sur la régulation de l'IA générative, l'American Hospital Association, l'American Medical Association et l'American Telemedicine Association ont soutenu que la surveillance de ces dispositifs surchargerait les prestataires, en particulier les petits cabinets et les structures rurales, et que les développeurs devraient porter la charge post-commercialisation, avec des canaux gérés par la FDA pour signaler les problèmes. L'AMA ajoute un point que les comités de radiologie devraient retenir: un humain dans la boucle n'atténue pas automatiquement le risque, car les relecteurs se trompent et se fient trop à l'outil, si bien que les humains qui supervisent l'IA doivent eux aussi être évalués.

Lien: <https://www.healthcaredive.com/news/developers-not-doctors-held-accountable-gene...>

### Chronique de l'ESER: l'invité imprévu, l'IA fournie par le client en téléradiologie

*AuntMinnie Europe | 22 octobre 2026*

Le comité de téléradiologie de la Société européenne de radiologie d'urgence a publié une chronique sur une lacune de gouvernance que la plupart des cadres ignorent: des outils d'IA choisis et fournis par l'hôpital client qui arrivent sans préavis dans la liste de travail du téléradiologue. Le comité examine comment l'IA doit être mise en oeuvre pour soutenir et non surprendre le radiologue lecteur, qui peut ne connaître ni le statut de validation de l'outil ni ses seuils, et plaide pour que les normes de mise en oeuvre couvrent toute la chaîne de téléradiologie, pas seulement le service déployeur.

Lien: <https://www.auntminnieeurope.com/imaging-informatics/artificial-intelligence>

## SECTION 6

## SOCIETES SAVANTES

SIIM | ACR | RCR | Publications et couverture officielles

**Le RCR publie la deuxième édition de ses recommandations sur l'intégration de l'IA dans les flux RIS et PACS**

21 octobre 2026

Le Royal College of Radiologists a publié la deuxième édition de Integrating image analysis artificial intelligence with radiology reporting workflows (RIS and PACS), mise à jour depuis la première édition de 2021. Le document s'adresse aux radiologues, manipulateurs rédacteurs de comptes rendus, échographistes et équipes d'achat, et vise à intégrer l'IA sans alourdir la charge de rédaction; la présidente du groupe de travail Amaka Offiah place la sécurité des patients, le besoin clinique et les flux réels au centre de la mise en oeuvre.

Source: <https://www.rcr.ac.uk/news-policy/latest-updates/integrating-image-analysis-artificial-intelligence-with-radiology-reporting-workflows-ris-and-pacs-second-edition-published/>

**La RSNA et l'ACR déposent leurs commentaires sur la régulation de l'IA générative par la FDA**

19 octobre 2026

La RSNA a déposé le 19 octobre des commentaires soutenant que les risques de l'IA générative ne peuvent être traités par un examen unique avant mise sur le marché et appelant à une surveillance continue de la performance des modèles, de l'interaction humain et IA et des effets sur les flux de travail, les fabricants et non les radiologues restant responsables de la sécurité des dispositifs. L'ACR demande à la FDA de réguler la fonction clinique complète d'un outil, d'équilibrer souplesse avant mise sur le marché et surveillance en conditions réelles, et de mesurer les défaillances cliniquement significatives, comme les fausses affirmations et les omissions, plutôt que des taux génériques d'hallucination; les deux sociétés demandent une consultation spécifique à la radiologie avant tout projet de lignes directrices.

Source: <https://radiologybusiness.com/topics/artificial-intelligence/radiology-societies-weigh-fdas-push-regulate-generative-ai>

## SECTION 7

## LEADERS D'OPINION

LinkedIn | Déclarations publiques | Semaine du 18 au 24 octobre 2026

**Nina Kottler**

Chief Medical AI Officer, Mosaic Clinical Technologies (Radiology Partners)

A publié le 24 octobre un entretien d'expertise avec CARAVAN Wellness, Making Radiology More Understandable With AI, plaidant pour passer d'une IA d'efficacité à une IA d'opportunité. Son point de gouvernance: les patients lisent souvent leur compte rendu d'imagerie avant leur médecin, et l'accès à l'information n'est pas la compréhension; à mesure que l'IA fait émerger plus de constatations, y compris fortuites, la radiologie devrait aider patients et prescripteurs à comprendre ce qu'une constatation signifie et ce qui doit suivre, ce qui exige selon elle une mise en oeuvre réfléchie, une supervision clinique appropriée et une gouvernance continue, l'IA soutenant et non remplaçant le jugement médical.

Source: [LinkedIn](#)

**Curt Langlotz**

Professeur de radiologie, médecine et science des données biomédicales, Stanford; directeur de Stanford AIMI

A partagé le 24 octobre une publication de Stanford AIMI sur un article de STAT consacré aux cabinets de radiologie qui développent ou intègrent l'IA en interne, dans lequel il apparaît avec Nina Kottler. L'idée centrale: posséder un cabinet donne aux développeurs le contexte clinique pour évaluer l'IA, et Nina Kottler décrit les corrections des comptes rendus générés par l'IA chez Mosaic comme de l'apprentissage par renforcement. Woojin Kim, de l'ACR DSI, également cité et relayant la publication, apporte le contrepoint nécessaire à tout comité: le cabinet doit encore démontrer le bénéfice.

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 18 au 24 octobre 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.