

Titre: Scheduled birth at term for the prevention of pre-eclampsia (PREVENT-PE): an open-label randomised controlled trial.

Auteurs: Goadsby J et coll.

Source: Lancet 2026; 407(10523):67-77

Type d'étude : ouverte, randomisée, multicentrique (n=2) mai 2023 à juin 2024

Pays: Royaume-Uni (Londres)

Buts : Évaluer si une stratégie de dépistage de prééclampsie (PrÉ) incluant une induction de l'accouchement permet de diminuer la fréquence de PrÉ.

Méthodologie: randomisation entre 35 et 36 sem au moment de l'écho foetale, 1 :1, bloc de taille diverse, stratification par maternité; Groupe intervention : calcul du risque de PrÉ par score (ressemblant à celui de la FMF) incluant le rapport PlGF/sFlt-1. Le terme pour induction dépend du risque: ex : si risque $\geq 1/2$: induction entre 37,0 et 37,2 sem; si risque $\geq 1/21$, induction à 40,0 à 40,2 sem. Si le risque est $\leq 1/50$ et pour le groupe contrôle, prise en charge usuelle selon le médecin traitant.

Issue primaire : PrÉ selon définition de ISSHP 2021;

Issues secondaires : césarienne d'urgence (CS) , admission aux SIN et morbidité néonatale (jusqu'au congé ou 28j)

Inclusions : grossesse unique, âge ≥ 16 ans, fœtus vivant et sans malformation majeure, absence de prééclampsie, consentement donné et pas de participation à d'autres études pouvant interférer.

Statistiques : Analyse par intention de traiter. Taille de l'échantillon basée sur un RR de 0,5 à partir d'un % de PrÉ de 2% dans le groupe contrôle (puissance de 90% et alpha bilatéral 5%). Régression log-binomiale et test de Wilcoxon.

Plusieurs analyses de sous-groupes

Résultats: 4037 femmes dans groupe intervention et 4057 dans groupe contrôle. Population en bonne santé, 74% Caucasiennes, 1% avec HTAc, 0,9% avec DB1 ou DB2, majorité multipare, sans antécédant de PrÉ; 16% sous AAS, 6,5% avec RCIU à l'écho, 22% avec score de risque $\geq 1/50$, 10% avec risque entre 1/21 et 1/50,1, 6% avec un risque $\geq 1/2$. Recommandation d'induction suivie chez 82,8% des femmes du groupe intervention.

Incidence de PrÉ : **3,9%** groupe intervention vs **5,6%** RCA 0,70 (0,58-0,86) $p=0,0051$; NNT : 13

PrÉ avec atteinte organes cibles : 2,7% vs 3,6% RCA 0,77 (0,60-0,98) $p=0,033$

Incidence de césarienne urgence : 22,8% vs 21,6% RCA 1,06 (0,97-1,15) NS

Incidence d'admission aux SIN : 6,5% vs 6,8% RCA 0,96 (0,81-1,13) NS

Âge gestationnel à l'accouchement : 39,4 (38,9 à 40,4) vs 39,6 (39,6 vs 40,4) NS

Discussion des auteurs : 1ère étude basée le risque individuel. L'induction permet de diminuer la PrÉ car plus d'HTAG dans le groupe intervention et induction prévient la transformation HTAG en PÉ.

Forces : taille de l'échantillon; population diversifiée, randomisation, observance au plan d'induction.

Limitations : population londonienne, échographie de 35-36 sem non universelle, grossesse unique, étude ouverte, biomarqueurs non universellement disponibles, % PrÉ plus élevé que prévu et diminution plus faible que prévu.

Conclusion des auteurs : Nouvelle stratégie de prévention de la PrÉ à terme avec approche personnalisée et permettant meilleure gestion de la salle d'accouchement.

Discussion du groupe : Analyse économique à faire (incluant le temps des MD + préleveuses, l'écho de 35-36 sem, etc), étude écologique des prélèvements supplémentaires, avis des femmes à étudier, s'adresse à une minorité de femmes. À étudier dans d'autres populations différentes. % de femmes sous AAS élevé (donc considéré à risque de PrÉ) même si le groupe apparaît en bonne santé. Influence sur la santé cardiovasculaire à long terme? Il faudrait d'abord implanter le calcul de risque de PrÉ à T1.

Conclusions : Nous ne sommes pas encore prêts à conseiller / adopter cette prise en charge.