Betabloccanti nel post-infarto?

Data 23 novembre 2025
Categoria cardiovascolare

Nuovi studi hanno portato a risultati in parte già noti circa l'uso dei betabloccanti nel post-infarto

Nello studio REDUCE-AMI effettuato in pazienti con post-infarto e frazione di eiezione superiore al 50% l'uso dei betabloccanti non aveva ridotto il rischio di morte o di reinfarto.
Vengono ora pubblicati i risultati di altri studi.

Lo studio REBOOT CNIC ha arruolato >4200 pazienti post-infarto assegnati a beta-bloccanti (principalmente bisoprololo) o nessun trattamento (età media 61 anni, frazione di eiezione media 57%) Dopo 3,7 anni, l'incidenza di morte, MI o ricovero per scompenso non differiva tra i due gruppi: HR 1,04 (intervallo di confidenza 95 % 0,89–1,22; P = 0,63).
In un'analisi a posteriori dello studio si è visto che nei pazienti già in trattamento con betabloccanti prima dell'infarto, la sospensione dopo la randomizzazione non ha aumentato gli esiti negativi.

Lo studio BETAMI–DANBLOCK ha reclutato 5574 pazienti post-infarto assegnati a metoprololo XL o nessun trattamento (età mediana 63 anni, 16 % con LVEF 40-49 %). Dopo 3,5 anni, endpoint primario (morte o evento cardiaco maggiore): 14,2 % nel gruppo beta-bloccanti e 16,3 % nel gruppo controllo (HR 0,85; CI 95 % 0,75–0,98; P = 0,03). Il principale contributo è stata una riduzione assoluta del 1,7 % del reinfarto (HR 0,73; CI 95 % 0,59–0,92).

Una metanalisi ha assemblato i risultati di 3 RTC (REBOOT, BETAMI–DANBLOCK, CAPITAL-RCT) su pazienti con frazione di eiezione 40-49 %. L'endpoint era composto da morte, MI o scompenso: i betabloccanti hanno portato a una riduzione relativa del rischio del 25 % (HR 0,75; 95 % CI 0,58–0,97; P = 0,03). Nessuna singola componente del risultato, però, era statisticamente diversa nei due gruppi.

Che cosa ci dicono tutti questi dati? In sostanza ci dicono questo: i betabloccanti nel post-infarto non sembrano comportare benefici importanti perlomeno nei pazienti con frazione di eiezione superiore al 50%. Nel caso di soggetti con frazione di eiezione compresa tra 40% e 49% vi può essere una riduzione soprattutto del rischio di reinfarto, tuttavia il beneficio non sembra eclatante, come si può vedere dal valore della P, appena al di sotto del cut-off di 0,05 e dell'estremo destro dell'IC95% molto vicino all'unità.
Insomma, nel post-infarto forse va rivista la pratica di prescrivere betabloccanti di routine. I risultati degli studi REDUCE-AMI, REBOOT e CAPITAL-RCT mostrano che i betabloccanti non apportano benefici ulteriori nei soggetti con frazione di eiezione superiore al 50%.
Nello studio BETAMI-DANBLOCK i betabloccanti non hanno ridotto il rischio di morte cardiovascolare; si aveva una riduzione del rischio di reinfarto non fatale in termini assoluti di 1,7% che corrisponde a un NNT di circa 58. Nella metanalisi su pazienti con frazione di eiezione 40-49% i pazienti del gruppo betabloccanti erano 991 e quelli del gruppo non betabloccanti 894. L'endpoint primario è avvenuto in, rispettivamente, 106 (10,6%) e 123 (13,7%) pazienti, con un NNT pari a circa 32.
Possiamo concludere che nel post-infarto i betabloccanti hanno un ruolo se ci sono indicazioni al loro uso (per esempio scompenso cardiaco o fibrillazione atriale ad alta frequenza o altre aritmie ipercinetiche). Nei soggetti con frazione di eiezione compresa tra 40 e 49% possono essere prescritti se ben tollerati e non vi sono indicazioni. Ricordiamo però che la misurazione della frazione di eiezione nella pratica clinica può essere imprecisa e operatore dipendente, quindi la decisione va personalizzata (betabloccante si se FE = 49% e betabloccante no se FE = 51%?).

RenatoRossi

Bibliografia

1. www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=8413

2. Ibanez B, Latini R, Rossello X, Dominguez-Rodriguez A, Fernández-Vazquez F, Pelizzoni V, Sánchez PL, Anguita M, Barrabés JA, Raposeiras-Roubín S, Pocock S, Escalera N, Staszewsky L, Pérez-García CN, Díez-Villanueva P, Pérez-Rivera JA, Prada-Delgado O, Owen R, Pizarro G, Caldes O, Gómez-Talavera S, Tuñón J, Bianco M, Zarauza J, Vetrano A, Campos A, Martínez-Huertas S, Bueno H, Puentes M, Grigis G, Bonilla-Palomas JL, Marco E, González-Juanatey JR, Bangueses R, González-Juanatey C, García-Álvarez A, Ruiz-García J, Carrasquer A, García-Rubira JC, Pascual-Figal D, Tomás-Querol C, San Román JA, Baratta P, Agüero J, Martín-Reyes R, Colivicchi F, Ortas-Nadal R, Bazal P, Cordero A, Fernández-Ortiz A, Basso P, González E, Poletti F, Bugani G, Debiasio M, Cosmi D, Navazio A, Bermejo J, Tortorella G, Marini M, Botas J, de la Torre-Hernández JM, Ottani F, Fuster V; REBOOT-CNIC Investigators. Beta-Blockers after Myocardial Infarction without Reduced Ejection Fraction. N Engl J Med. 2025 Aug 30. doi: 10.1056/NEJMoa2504735. Epub ahead of print. PMID: 40888702.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 4/11/2026 alle ore 10:55 | Pagina 1 di 2

3. Munkhaugen J, Kristensen AMD, Halvorsen S, Holmager T, Olsen MH, Bakken A, Sehested TSG, Ruddox V, Mæng M, Vikenes K, Jensen SE, Steigen T, Lambrechtsen J, Jortveit J, Bovin A, Schirmer H, Christiansen MK, Wiseth R, Mikkelsen D, Larsen AI, Kjærgaard CL, Andresen K, Gustafsson I, Tuseth V, Larsen ML, Deeg PS, Veien K, Bøhmer E, Bøtker HE, Brattrud AO, Brønnum-Schou J, Pettersen AR, Bang LE, Øie E, Engstrøm T, Borg EB, Kristensen K, Nymo SH, Gislason G, Vethe NT, Abdulla JAM, Dammen T, Mouridsen MR, Bendz B, Bertelsen MLN, Hove JD, Schierbeck L, Snoer M, Davidsen C, Egholm G, Thomsen KK, Jadou G, Poenaru M, Krarup NT, Böttcher M, Stæhr PB, Zwisler AD, Edvardsen T, Torp-Pedersen C, Otterstad JE, Lange T, Fagerland MW, Atar D, Prescott E; BETAMI–DANBLOCK Investigators. Beta-Blockers after Myocardial Infarction in Patients without Heart Failure. N Engl J Med. 2025 Aug 30. doi: 10.1056/NEJMoa2505985. Epub ahead of print. PMID: 40888716.

4. Rossello X, Prescott EIB, Kristensen AMD, Latini R, Fuster V, Fagerland MW, Pocock SJ, Halvorsen S, Dominguez-Rodriguez A, Holmager TLF, Sanchez PL, Bakken A, Raposeiras-Roubin S, Jensen SE, Kimura T, Ottani F, Lambrechtsen J, Anguita M, Ozasa N, Atar D, Ibanez B, Munkhaugen J. β blockers after myocardial infarction with mildly reduced ejection fraction: an individual patient data meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2025 Sep 13;406(10508):1128-1137. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01592-2. Epub 2025 Aug 30. PMID: 40897190.

5. Rossello X, Sánchez PL, Owen R, Raposeiras-Roubín S, Poletti F, Barrabés JA, Anguita M, Dominguez-Rodriguez A, Lombardi M, Pocock S, Díez-Villanueva P, Vives-Borrás M, Rollán MJ, D'Orazio S, Escalera N, Isabel-Santos A, Chiampan A, de Diego O, López-Benito M, Moreno E, Rincón-Díaz LM, París H, Latini R, Fuster V, Ibanez B. Effect of beta blocker withholding or withdrawal after myocardial infarction without reduced ejection fraction on ischaemic events: a post hoc analysis from the REBOOT trial. EuroIntervention. 2025 Aug 30:EIJ-D-25-00826. doi: 10.4244/EIJ-D-25-00826. Epub ahead of print. PMID: 40887991.

6. Watanabe H, Ozasa N, Morimoto T, Shiomi H, Bingyuan B, Suwa S, Nakagawa Y, Izumi C, Kadota K, Ikeguchi S, Hibi K, Furukawa Y, Kaji S, Suzuki T, Akao M, Inada T, Hayashi Y, Nanasato M, Okutsu M, Kametani R, Sone T, Sugimura Y, Kawai K, Abe M, Kaneko H, Nakamura S, Kimura T; CAPITAL-RCT investigators. Long-term use of carvedilol in patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention. PLoS One. 2018 Aug 28;13(8):e0199347. doi: 10.1371/journal.pone.0199347. PMID: 30153268; PMCID: PMC6112626.