



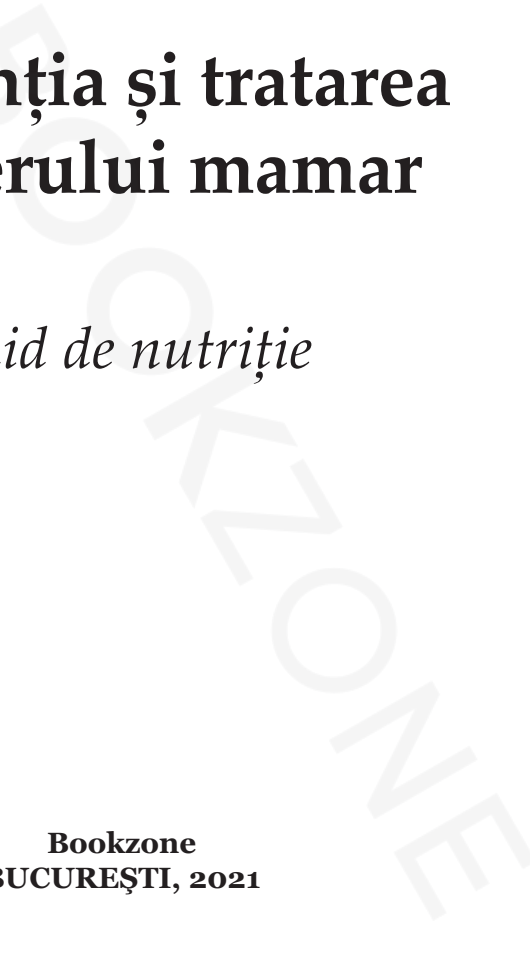
Dr. Diana Artene

Nutriționist-dietetician, doctor în nutriție oncologică

Prevenția și tratarea cancerului mamar

Ghid de nutriție

**Bookzone
BUCUREȘTI, 2021**





Atenție!

Informația prezentată în această carte are caracter general și scop educațional pentru pacientele cu cancer mamar și pentru membrii familiilor acestora. Autoarea nu este responsabilă de modul de aplicare a informației prezentate în carte, recomandând consultarea individuală a medicilor oncologi și a dieteticienilor specializați în nutriția pacientei cu cancer mamar înaintea aplicării oricăreia dintre informațiile generale prezentate în această carte. Tratamentul și nutriția oncologică adecvate fiecărei paciente cu cancer mamar trebuie să fie adaptate continuu răspunsului la tratament. Informația prezentată aici are deci caracter strict informativ, nefiind menită să înlocuiască astfel consultul medical absolut esențial pentru tratamentul pacientei cu cancer mamar sau consultul nutrițional opțional pentru individualizarea recomandărilor de nutriție oncologică. Nu putem vindeca o boală de talia cancerului prin alimentație.



INTRODUCERE

Cancer este un cuvânt vag ce denumește peste 100 de boli cu localizare, prognostic, tratament și recomandări nutriționale complet diferite. Această carte de nutriție oncologică este scrisă specific pentru pacientele cu cancer mamar. Și, chiar și în cazul pacientelor cu diagnosticul de „cancer mamar”, prognosticul, tratamentul și nutriția oncologică diferă în funcție de imunohistochimie, stadiul prognostic, vârstă sau mutații BRCA1/2. Și, deși ne place să credem că nu este așa, în lumea reală, prognosticul, tratamentul și recomandările nutriționale diferă în funcție de țara în care este administrat tratamentul.

Citind această carte, vei înțelege cât se poate de clar ce poți face și ce anume este indicat să eviți pentru a-ți susține eficiența tratamentului oncologic în funcție de propriul diagnostic și prognostic și în funcție de etapa de tratament în care ești acum.

Unele paciente vor citi această carte după diagnosticul unui cancer mamar luminal A $T_{1b}N_{1mi}M_0$ complet vindecabil, altele – după un diagnostic de cancer mamar cu metastaze osoase, altele – după un diagnostic de cancer mamar în sarcină, iar altele o vor face în perioada în care iau în considerare nașterea unui copil după vindecarea de cancer mamar estrogen receptor pozitiv.

Cartea este inspirată din experiența mea clinică directă cu peste 1.000 de paciente cu cancer mamar – cu care am lucrat în Institutul Oncologic „Alexandru Trestioreanu” din București între anii 2014 și 2017, pe parcursul doctoratului în Nutriție Oncologică –, paciente aflate în toate etapele de

tratament, cu vârste de la 26 la 83 de ani, cu diverse compoziții corporale, de la adipopenie la obezitate morbidă.

Inițial, am vrut să cunosc fiecare factor ce ține de tratament sau pacientă care poate contribui la obezitatea pacientei cu cancer mamar. Dar, treptat, a devenit mai mult decât un studiu despre obezitate.

Am urmărit greutatea, compoziția corporală, efectele secundare, analizele de sânge și investigațiile imagistice pas cu pas, începând de la diagnostic și apoi trecând prin fiecare etapă de tratament. Am vrut să înțeleg cât se poate de clar cum se modifică stilul de viață și alimentație după diagnostic și care sunt consecințele asupra eficienței tratamentului.

Ceea ce am obținut din această experiență clinică a fost poza aproape completă a impactului diagnosticului și a tratamentului cancerului mamar. Și poza aceasta are două fețe: pe de o parte, confuzia, disperarea, regrouparea, oboseala emoțională și fizică a pacientelor, a prietenilor și a familiilor acestora pe parcursul tratamentului; pe cealaltă parte, pregătirea și suprasolicitarea continuă a medicilor implicați în tratamentul oncologic.

Este foarte ușor să acuzi pacientele că aderă la tot felul de atitudini nutriționale extreme – dar, în confuzia și disperarea generate de diagnostic, tot ce vor să știe este cum pot contribui la susținerea propriilor șanse de vindecare. Și este la fel de ușor să acuzi medicii că nu alocă suficient timp pentru a răspunde întrebărilor pacientelor – dar medicii au insuficiente cunoștințe de nutriție și pot avea de consultat zeci de paciente în aceeași zi.

Posibil din cauza stresului și ritmului nebun al vieții de azi, numărul de pacienți cu cancer este în creștere. Iar din cauza salariilor mici și a extenuării zilnice, numărul de medici cu experiență, dispuși să lucreze într-un Institut Oncologic de stat, este în scădere.

Am decis să fac acest doctorat după ce am înțeles de la pacienții cu cancer din viața mea personală că nutriția oncologică este principala modalitate prin care pacienții își

pot susține tratamentul și ultimul punct de pe agenda de lucru a majorității medicilor. Jumătate din informația la care sunt expuși pacienții este greșită – dar populară pe internet și printre pacienți – iar cealaltă jumătate este generică, provenind de la medic. Ca și mine înainte de a face Masterul în Nutriție, nici măcar dieteticienii cu diplomă de licență în nutriție și dietetică, care nu lucrează cu pacienți oncologici, nu știu să personalizeze planul de alimentație specific pentru cancer decât în linii mari și cu atât mai puțin să-l personalizeze specific pentru un anumit tip de cancer sau pentru susținerea și contracararea efectelor secundare ale tratamentului oncologic specific fiecărui subtip de cancer mamar.

Cei mai mulți vor să practice nutriție pentru că pare ușor să le spui altora ce să mănânce, numeroase persoane vorbesc despre nutriție pentru că este un subiect la modă, destui nu vor să învețe nutriție pentru că se consideră că toți ne pricepem la mâncat de când ne-am născut și foarte mulți nu vor să înțeleagă care sunt consecințele recomandărilor aiuristice asupra prognosticului pacientelor cu cancer mamar. Dacă lucrurile merg rău, e vina pacientei, a cancerului sau a ambelor, nu este vina persoanelor care fac recomandări după ureche pacientelor cu cancer, al căror metabolism este deja afectat.

Majoritatea medicilor ce dau sfaturi sau recomandări generale pacientelor cu cancer nu își asumă consecințele propriilor recomandări pentru că au convingerea că oncologia este suficient de puternică încât să contracareze comportamentul alimentar și stilul de viață al pacientei.

În cazul pacientelor mele, omniprezenta întrebare: „Ce pot să mănânc după diagnostic?” primea frecvent unul dintre următoarele răspunsuri:

- Nu există nutriție oncologică, poți mânca orice.
- Poți mânca la fel ca înainte de diagnostic, dar mănâncă și tu mai puțin, nu vezi cât te-ai îngrașat! Nu prea erau obezi la Auschwitz.
- Broccoli.

- Poți asculta ce spune nutriționistul, mai puțin partea cu laptele. Toată lumea știe că laptele este cancerigen. Consumă și tu iaurt, brânzică de vaci, lasă laptele. D-na Artene exagerează cu laptele.
- Apă alcalină, iar dacă nu ai bani de apă alcalină încearcă apă cu bicarbonat. Și neapărat să te detoxifiezi.
- 200 ml de suc de sfeclă roșie cu țelină și mărar verde în care să pui și o rădăcină de pătrunjel. Organic! Și multe fructe și legume proaspete pline de vitamine și antioxidanți. Doar știi, cancerul se hrănește cu proteină animală.
- Cancerul se hrănește cu zahăr. Bine, și cu proteină animală, dar în principal cu zahăr. Renunță la zahăr. Folosește miere, stevie, îndulcește și tu cu altceva și uită de dulciuri.
- Cancerul se hrănește cu glucoză, deci ține dietă ketogenică.

Dar, așa cum stilul de viață și alimentația de dinainte de diagnostic contribuie la creșterea riscului de cancer mamar, la fel, și stilul de viață și alimentația de după diagnostic contribuie la creșterea riscului de recidivă.

Deoarece profesia de nutriționist-dietetician este nouă în România, în 2014, când am început doctoratul, nu exista post în cadrul Institutului Oncologic din București – motiv pentru care am ales să fac voluntariat pe toată durata doctoratului. Statutul de nutriționist-dietetician voluntar mi-a oferit o oarecare libertate în alegerea programului de lucru și suficient timp încât timp de 3 ani, 2 zile pe săptămână, să încerc să dau un răspuns cât mai clar și cât mai individualizat la această întrebare – „Ce pot să mănânc după diagnostic?” – aflată pe buzele sau în mintea pacientelor cu cancer mamar și nu numai.

Recomandările generale pot ajuta pacienta (prin obținerea unui fals sentiment de siguranță) și medicul, pentru că și-a bătut capul și cu ce trebuie să mănânce pacienta. Și, până la urmă, fiecare este liber să aplice și să

ofere ce recomandări consideră a fi adecvate pe baza propriei situații și a experienței clinice. Dar, deși am convingerea că recomandările generale nu sunt de folos în situații specifice, cred cu tărie și că principiile generale ajută.

Și iată principiul esențial a fi cunoscut de către pacientele cu cancer mamar, de către medici sau de către ceilalți specialiști implicați în tratamentul acestora: **MODERAȚIE**. Dar cei mai mulți oameni nu se mai gândesc la moderație când tocmai au fost diagnosticați cu cancer sau când tratează persoane care au fost diagnosticate cu cancer.

Moderația implică 3 principii de bază:

- **încearcă să te descurci cu ce ai** – comportamentul alimentar nu este logic decât pe termen scurt, fiind influențat de o multitudine de factori non-alimentari – buget, conjunctură socială, oboseală, tradiții culinare, acces la alimente, timp de cumpărat alimente, cunoștințe de gătit etc;
- **nu elimina categorii întregi de alimente** – restricțiile duc la excese și excesele duc la restricții într-o relație directă de auto-amplificare reciprocă până la pierderea controlului pe comportamentul alimentar;
- **evită atitudinile nutriționale extreme** – nu există niciun aliment, supliment alimentar sau dietă care să vindece cancerul.

Prima recomandare nutrițională extremă este aceea conform căreia pacienta cu cancer poate să mănânce orice – recomandare extremă prin consecințe:

- unele paciente cred recomandarea medicului care le-a spus că pot mânca orice și continuă să mănânce burgeri cu cola la pachet cu șnițele de soia și suc de sfeclă roșie;
- alte paciente nu cred recomandarea medicului care le-a spus că pot mânca orice și adoptă peste noapte variante alcaline de raw veganism sfințit pancitopenic.

În principiu, oricine poate să mestece orice dacă are suficienți dinți, dar cei mai mulți dintre oncologii care spun pacientei cu cancer că poate mânca orice nu și-ar hrăni propriul copil cu orice când cel mic are diaree. Dacă recomandările de nutriție clinică fac parte din terapia de suport chiar și în astfel de situații clinice de bază, neluarea lor în considerare pe parcursul tratamentului pentru cancer privează pacienta de informația prin care ar putea să treacă mai ușor peste posibilele efecte secundare.

Evitarea consumului zilnic de mezeluri, a alimentelor preparate prin prăjire, a dulciurilor din comerț făcute pe bază de margarină și coloranți sau a sucurilor răcoritoare cu sau fără zaharuri sunt recomandări de alimentație sănătoasă valabile și în cazul persoanelor sănătoase, și în cazul unei persoane diagnosticate cu cancer. Nu ștergem cu buretele recomandările alimentare de bun-simț pentru că pacienta are deja cancer, pe principiul că dacă trăiește trăiește, dacă moare moare, nu contează ce mănâncă, zile să aibă.

Iar a doua recomandare nutrițională extremă este că pacientul cu cancer trebuie să mănânce doar mâncare pură, crescută în grădina ursului și culeasă la asfințit de către o virgină. Dieta ketogenică, vegetarianismul, alcalinizarea, detoxifierea, suplimentele alimentare nejustificate pe baza analizelor de sânge, consumul excesiv de suc fresh de fructe și legume, excesul de suplimente cu antioxidanți, eliminarea completă a dulciurilor (eliminarea care stă la baza episoadelor de mâncat excesiv) – toate sunt comportamente nutriționale extreme cu impact potențial nociv asupra eficienței pe termen lung a tratamentului cancerului mamar din cauza faptului că asociază dereglări metabolice și creștere ponderală.

Pentru a face orice recomandare nutrițională unei paciente cu cancer mamar, trebuie să știi foarte clar care este tratamentul și care sunt factorii care pot influența eficiența pe termen lung a tratamentului. Îmi amintesc că mi s-a subliniat în mod repetat că tratamentul oncologic nu este treaba mea. Dar toți lucrăm cu aceeași pacientă; tratamentul cancerului

(mamar) este un sport de echipă. Oricine ai fi în această echipă, dacă nu îți faci treaba cum trebuie, toți pierdem.

Toți specialiștii care lucrează cu aceeași pacientă – medici, asistente, fizicieni, biologi, psihologi, fiziokinetoterapeuți și dieteticieni – trebuie să înțeleagă măcar baza a ceea ce fac ceilalți. Fără această înțelegere, tratamentul cancerului mamar rămâne un dialog al surzilor, fiecare pricepându-se la toate și toți la nimic.

Și, cu toate că majoritatea medicilor oncologi, chirurghi oncologi, radiologi, anatomopatologi sau radioterapeuți încearcă să își facă treaba cât mai bine posibil, tratamentul pacientei cu cancer mamar nu este nici pe departe doar medical, pentru că tratăm pacienta ca întreg, nu doar 2, 5 sau 7 centimetri din ea.

Pacienta nu este egală cu numărul de centimetri afectați de cancer și nu este un recipient pasiv pe care sau în care se aplică diverse tratamente. Pacienta este o ființă vie ale cărei comportamente pot influența direct eficiența celor mai bine gândite tratamente de pe planetă.

De asemenea, deși în tot mai multe țări a început treptat să se accepte că tratamentul multidisciplinar al pacientei cu cancer mamar include ca parte de bază și asistentele medicale, psihologii, kinetoterapeuții, nutriționiștii-dieteticieni, sociologii, biologi și fizicieni, multe centre de tratament nu includ pacienta în această echipă – ca și cum pacienta ar fi o minge pe care o pasăm cu seninătate de la unii la alții.

Medicul este șeful echipei pentru că el poate trata cei 2, 5 sau 7 centimetri din pacientă afectați de cancer.

Dar care medic? Chirurgul? Oncologul? Radio-terapeutul? Anatomopatologul?

În condițiile în care majoritatea echipelor multidisciplinare care tratează cancer mamar nu includ și pacienta, de multe ori pacientei nu i se explică nimic, tratând-o ca pe o minge fără creier. Dar pacienta nu este mingea pe care o trimitem de la unii la alții, pacienta este ea însăși parte

importantă din echipă. Cancerul este mingea pe care o dăm de la unii la alții.

Pacienta proaspăt diagnosticată cu cancer este totalmente confuză în legătură cu ce trebuie să facă în continuare, aflând de pe internet, de la alte pacienți sau de la un medic ce ar fi de făcut.

Confuzia este maximă, iar informația reală pare ținută sub cheie. Dar azi – în inundația de informație haotică disponibilă online la liber – ultimul lucru de care avem nevoie pentru susținerea eficienței tratamentului oncologic este o pacientă confuză cu acces la internet, expusă tiradelor verbale ale celorlalte pacienți, la fel de îngrozite, la fel de confuze și navigând în derivă în oceanul online.

Desigur, putem ignora nevoia de informație a pacienței în căutare de o a doua opinie pe google, trimițând-o să acceseze yahoo. Dar, la fel de bine, ne putem achita de misiunea noastră, cât de bine putem, pe bucațița noastră din puzzle-ul tratamentului cancerului mamar.

Dar ce ne facem când medicii din majoritatea echipelor multidisciplinare de bază nu vorbesc între ei despre protocolul de tratament pe care ar trebui să îl decidă împreună?

Ce obținem noi toți, cei care lucrăm cu aceeași pacientă, dintr-o astfel de abordare pseudo-multidisciplinară?

Lipsa unei echipe multidisciplinare reale este echivalentă cu încercarea de a reconstrui o casă afectată de cutremur doar bazându-ne pe recomandările arhitectului și ale șefului echipei zidarilor, sperând din suflet că șeful echipei zidarilor a înțeles clar ce a scris arhitectul în proiect și fără să ținem cont de faptul că zidarii (și nu șeful echipei zidarilor) vor aplica recomandările sau de faptul că proprietarul respectivei case poate vrea televiziune prin cablu. Teoretic, arhitectul este deasupra tuturor, dar stai să vezi ce minunat va fi când va veni băiatul de la cablu să găurească fațada frumos tencuită rozé-somon! În mod legitim, arhitectul poate să ridice din umeri că nu este problema lui faptul că proprietarul casei

vrea să-și piardă timpul în fața televizorului, șeful zidarilor e mulțumit că și-a luat banii, iar pe zidari îi doare fix în cot. Iar proprietarul rămâne pe viață cu găurile în fațada lui frumos și corect tencuită.

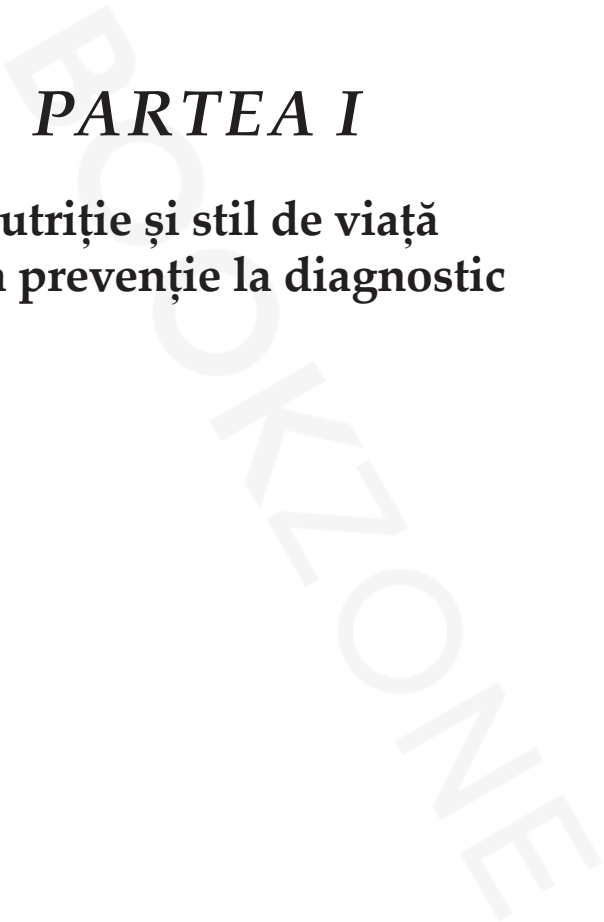
Ne putem uita cu toții la aceeași casă afectată de cutremur, unii dintre noi observând doar crăpăturile din pereți, alții remarcând doar ușile de lemn masiv, iar alții – doar modul artistic în care a fost confecționat șemineul. Și fiecare are dreptate. Chiar și băiatul de la cablu!

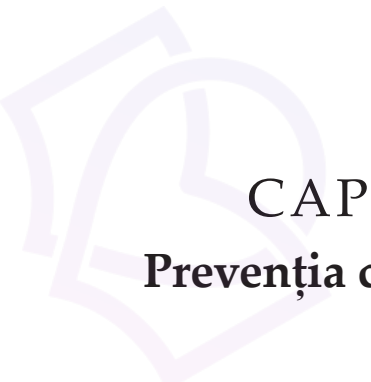
Doar că, atât timp cât ne pricepem noi la toate, refuzând să lucrăm în echipă, echipa multidisciplinară – care sfătuiește, de fapt, pacienta – va fi formată din celelalte paciente, la fel de confuze și în căutare de validare a propriului comportament, din familia și prietenii îngroziți de diagnosticul pacientei și de verișoara colegei de bancă din liceu a vecinei de la etajul 4, care s-a vindecat de cancer pancreatic acum 2 luni înlocuind gemcitabina cu turmeric.



PARTEA I

**Nutriție și stil de viață
De la prevenție la diagnostic**





CAPITOLUL 1

Prevenția cancerului mamar

Deoarece multe paciente vin la dietetician abia după terminarea tratamentului oncologic, în căutarea unei soluții care să le ajute să nu mai treacă din nou prin ce au trecut, o să încep cu sfârșitul: prevenția recidivei.

Frica de recidivă rămâne atât de puternic înrădăcinată în subconștientul unora dintre fostele paciente, încât acestea uită că subconștientul este partea irațională a creierului. În funcție de răspunsul irațional generat de frica de recidivă, putem încadra supraviețuitoarele cu această formă de depresie în două mari categorii:

- **nu e vina mea că am avut cancer** = nu fac absolut nimic să prevină recidiva – pacienta bravând în comportamente care de care mai nesănătoase: sedentarism, apatie, nopți pierdute, consum frecvent sau excesiv de alimente nesănătoase (prăjeli, mezeluri, dulciuri în exces, sucuri răcoritoare, alcool), în ideea că, dacă tot o să facă recidivă, oricum nu are sens să-și mai bată capul să trăiască sănătos;
- **nu e vina mea că am avut cancer** = pacienta face absolut tot ce îi trece pe la ureche că ar putea avea și cea mai mică legătură cu cancerul de orice fel – adoptând cu fervoare atitudini nutriționale care de care mai extreme: detoxifiere, suplimente alimentare pline de antioxidanți, apă alcalină, veganism, dietă ketogenică, zero zahăr, ținând toate posturile din an cu pioșenie maximă până la prima dispută cu oricine

îndrăznește să pronunțe cuvintele carne sau lapte în fața unui pacient cu cancer.

Este adevărat că riscul de cancer mamar contralateral este mai mare în cazul unei persoane care a avut deja acest diagnostic.

Dar – în ciuda panicii generate de mesaje virale precum „1 din 8 femei va face cancer mamar pe parcursul vieții” – mai puțin de 1 din 1.000 de femei este diagnosticată cu cancer mamar anual (Howlader și colab., 2012; Ferlay și colab., 2012).

În cazul supraviețuitoarelor, riscul unei recidive este influențat de mulți factori prognostici și predictivi precum afectarea ganglionară, mărimea tumorii, statusul ER și HER2 sau obținerea pCR după administrarea tratamentului neoadjuvant. O să explic toate aceste litere un pic mai târziu, dar ideea este că fiecare cancer mamar este unic, deci două paciente care au în comun doar cuvintele „cancer mamar” nu au același prognostic (Cortazar și colab., 2014; Symmans și colab., 2017).

Dacă reușim să facem să tacă partea irațională a creierului, rațional, prevenția recidivei se face, la fel ca prevenția în cazul femeilor care nu au avut cancer mamar, în doi pași:

- **alimentație sănătoasă**

- **stil de viață sănătos**

Ușor de zis, greu de făcut!

Înainte să intrăm în detalii de alimentație și stil de viață sănătos, este important de reținut că există două aspecte esențiale în orice discuție despre prevenția cancerului mamar.

În primul rând, un factor de risc nu înseamnă că 100% vei face boala, iar un factor de protecție nu înseamnă că 100% nu vei face boala. De exemplu, așa cum știm că femeile supraponderale și sedentare, fără copii, care consumă alcool frecvent sau excesiv prezintă un risc mai mare de cancer mamar, tot așa știm și că multe dintre pacientele diagnosticate

cu cancer mamar sunt normoponderale, fac sport regulat, au născut, au alăptat și nu consumă alcool decât foarte rar. Există inclusiv persoane purtătoare de mutații BRCA1/2 care nu fac nici cancer mamar, nici cancer ovarian; sunt cazuri rare, dar există. Factorii de risc și protecție acționează împreună, cancerul fiind o boală cu etiologie plurifactorială. Deci, dacă vrem profilaxie reală și nu doar pe hârtie, trebuie să luăm în considerare calitatea vieții femeii per total, nu doar factori individuali de risc sau de protecție.

În al doilea rând, aș vrea să menționez că, pe parcursul primului an de doctorat, am evaluat toți factorii asociați în mod clasic cu creșterea riscului de cancer mamar în cazul pacientelor cu care am lucrat, iar mai mult de jumătate dintre acestea nu prezentau absolut nici unul. Ce aveau în comun aceste paciente, în afară de lipsa factorilor de risc, erau: obezitatea, sedentarismul și un episod de stres puternic în ultimul an înainte de diagnostic. Și, deși diverse studii observaționale au concluzii contradictorii despre impactul stresului asupra riscului de cancer mamar, în cazul pacientelor noastre, partea cu stresul a fost atât de prezentă, încât am ajuns la concluzia că diagnosticul de cancer se previne mai degrabă la psiholog decât la nutriționist.

Dar pentru că nu sunt psiholog, ci doctor în nutriție oncologică, cu o licență în fiziokinetoterapie și una în nutriție și dietetică, haideți să vedem ce știm despre principalii factori de risc ce țin de alimentație și stil de viață asociați cancerului mamar.

NUTRIȚIE PREVENTIVĂ PENTRU CANCERUL MAMAR

Deși se consideră că rolul alimentației în prevenția cancerului este mai important în cazul femeilor la menopauză – specialiștii considerând cancerul mamar apărut în cazul femeilor cu vârste sub 40 de ani ca boală malignă distinctă, mai

agresivă și cu etiologie mai degrabă influențată genetic decât de alimentație (Azim și colab., 2012; Paluch-Shimon și colab., 2016) – în inundația de informație nutrițională disponibilă la liber în zilele noastre, este important să înțelegem ce putem face în general pentru prevenția cancerului mamar la orice vârstă (Wiseman și colab., 2008).

Iar ce putem face la orice vârstă nu este nici să nu mâncăm carne sau să nu mai bem lapte, nici să ne punem perfuzii cu vitamina C în doze de cal, nici să ne băgăm picioru' în ea de alimentație pe principiul că oricum toți facem cancer.

Informația corectă și clară este primul pas.

Moderația este al doilea.

Iar aplicarea consecventă aici, nu în Utopia – în viața de zi cu zi, cu probleme, limite financiare sau de timp, cu copii mucoși care se îmbolnăvesc când îți este lumea mai dragă și îți dau tot programul peste cap – este direcția în care trebuie să mergem zi de zi pentru a face ce ține de noi pentru prevenția cancerului mamar. Perfecționismul nu ajută la nimic, este doar o sursă de stres. Iar stresul poate crește riscul de cancer mamar chiar și în cazul celei mai sfinte alimentații (Fisher și colab., 2017; Yıldırım și colab., 2018).

Nimeni nu poate face mai mult decât poate face.

Deci, ce putem face din punct de vedere alimentar pentru a preveni cancerul mamar?

O discuție despre nutriția preventivă pentru cancerul mamar ar trebui să răspundă la întrebările: Ce mâncăm? Ce bem? Cât mâncăm? Însă, înainte să răspund la aceste întrebări, aș vrea să răspund la o întrebare care mi-a fost adresată mult mai frecvent de către majoritatea pacienților cu cancer cu care am lucrat de-a lungul anilor: