

CLINIQUE LE COCA-COLA

# Coca-cola, ami ou ennemi ?



Nous avons tous en tête la phrase (tant) prononcée par nos parents pendant notre enfance : « *Ne bois pas trop de Coca : c'est sucré et cela cause des trous dans les dents* ». Cela s'explique très facilement par le fait qu'un litre et demi de Cola représente à lui seul 27,5 carrés de sucre : information tant relayée par les médias. Sa consommation, ainsi que celle d'autres sodas a augmenté de 300% en 20 ans aux Etats-Unis <sup>(1)</sup>.

**E**n plus de la carie dentaire ou encore de l'obésité, cette boisson peut causer d'autres soucis dans notre pratique quotidienne. Le titre de cet article est volontiers réducteur, aguicheur, pour vous parler de certains effets moins médiatisés des boissons sucrées que peuvent consommer nos patients, comme notamment l'érosion dentaire.

Commençons d'abord par ce qui nous concerne au quotidien :

**- Le décollement des brackets dentaires.** C'est la plus fréquente des urgences auxquelles nous sommes confrontés dans notre pratique journalière : cela induit des contraintes de temps imprévues et du stress, des durées de traitement augmentées, un coût en matériaux significatif et parfois même des tensions avec les accompagnants. Une étude publiée en 2014 par Sajadi et al <sup>(2)</sup>, montre que l'exposition d'un bracket collé sur une dent naturelle, dix minutes par jour pendant sept jours dans du Coca-cola entraîne une diminution significative de la résistance adhésive du bracket soumis à des forces de cisaillement. La dégradation de l'adhésion est donc affectée par l'environnement acide. De plus, le Coca-Cola entraîne une diminution de la résistance mécanique du composite et augmente sa rugosité. <sup>(3)</sup>

**- La discoloration et la modification des propriétés optiques de nombreux dispositifs dentaires ou orthodontiques**

**intrabuccaux <sup>(4)</sup>** : son influence doit donc être prise en compte, et ce d'autant plus en orthodontie où l'incidence esthétique des traitements représente un motif majeur de refus de soins. Cependant, le Coca-cola mais également d'autres boissons acides remarquables (Red Bull, jus de fruit, boissons gazeuses aromatisées, certains thés, le vin) peuvent contribuer à « *la dissolution irréversible des tissus durs de la dent, par un mécanisme chimique de déminéralisation, d'origine non bactérienne* » <sup>(4)</sup>, également appelé érosion dentaire. Bien que le pH n'est pas le seul élément à prendre en compte (la titrabilité influence également grandement l'érosion), celui des sodas oscille souvent entre 2 et 3. Leur rôle est donc important dans le déterminisme de cette maladie considérée par certains auteurs comme la future maladie dentaire du XXI<sup>ème</sup> siècle. Dans ses formes les plus sévères, elle peut entraîner des sensibilités importantes, des complications infectieuses, une perte des rapports d'engrènement dento-maxillaires (dont la DVO) et un déséquilibre neuromusculaire. Le rôle éducatif et de dépistage de l'orthodontiste est ici majeur face aux sodas : de part sa proximité inégalable avec ses patients qu'il suit sur une longue durée, à des intervalles relativement courts : il peut détecter des lésions érosives précoces pouvant dans certains cas être causées par les sodas (ne pas négliger l'anorexie-boulimie ++ ou les reflux gastro-œsophagiens dans l'étiologie de

ces lésions) et avertir ses patients sur les risques méconnus de la consommation de ces boissons.

Afin de réduire au maximum ses effets nocifs, quelques conseils simples, inclus dans notre éducation thérapeutique peuvent avoir de grandes conséquences. Nous en retiendrons trois majeurs :

- Ne pas le siroter et le consommer à la paille pour minimiser le temps de contact dents/brackets
- Réduire bien évidemment sa consommation au maximum
- Eviter le brossage immédiatement avant ou après sa consommation pour protéger les tissus dentaires.

Derrière ce titre un brin provocateur, se cachait donc une véritable problématique dans notre pratique quotidienne. Si on rapporte l'ensemble de ces effets aux polémiques quotidiennes de santé publique causées par sa consommation, une place majeure devrait lui être accordée dans notre éducation thérapeutique et dans le cadre de l'approche multidisciplinaire de notre profession ! ■

## BIBLIOGRAPHIE

<sup>(1)</sup> Cavadini, Siega-Riz, et Popkin, « US Adolescent Food Intake Trends from 1965 to 1996 ».

<sup>(2)</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25584049](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25584049)

<sup>(3)</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056399/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4056399/)

<sup>(4)</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19262731](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19262731)

<sup>(5)</sup> Ganss, « Definition of Erosion and Links to Tooth Wear ».