



Approche dans la prise en charge par la médecine conventionnelle et par la médecine traditionnelle des écoulements urétraux infectieux à Kinshasa en République Démocratique du Congo.

Joseph Welo Unya¹, Cyprien Mbundu Lukukula¹, Jacques Onokodi Kasongo¹, Lapika Dimonfu², Jean-Marie Liesse Iyamba¹, NB Takaisi Kikuni.

¹Laboratoire de Microbiologie Expérimentale et Pharmaceutique, Faculté des Sciences Pharmaceutiques, Université de Kinshasa B.P. 212 Kinshasa XI.

²Faculté des lettres & sciences humaines, Université de Kinshasa B.P. 212 Kinshasa XI.

Submission 8th September 2023. Published online at <https://www.m.elewa.org/Journals/> on 31st December 2023. <https://doi.org/10.35759/JABs.192.1>

RÉSUMÉ

Objectif : Ce travail a pour but d'actualiser les données sur les étiologies et la sensibilité des bactéries du tractus urogénital aux antibiotiques en vue d'une amélioration éventuelle du traitement suite à la récurrence de ces infections et une observation perpétuelle de l'avancée de la résistance de ces bactéries aux antimicrobiens. Voir aussi comment est organisé et que peut être l'apport de la pratique des Tradipraticiens sur cette situation.

Méthodologie et Résultats : Pour la partie conventionnelle, deux centres médicaux ont été sélectionnés en occurrence l'Hôpital de référence du camp militaire Kokolo et le centre médical Lomo à Limete pour l'obtention des échantillons des sécrétions urogénitales. Sur 308 échantillons analysés, 202 ont présenté une bactériurie significative (72 hommes et 130 femmes). L'émergence des *Staphylocoques (aureus, epidermidis et saprophyticus)* sur l'ensemble des bactéries a été constatée. La Ciprofloxacine, l'Erythromycine et la Gentamicine observées comme antibiotiques les plus performants. Pour les Tradipraticiens, un guide de recherche approfondi comportant un questionnaire les concernant a été soumis à 9 femmes et 21 hommes et avec comme constatations ; leur traitement est basé sur les plantes, organes ou des plantes entières sont façonnés en décoctions, en macérés et en poudres avec comme forme prédominante à livrer la potion et des cas d'échec à gérer. Dans les deux options, les voies d'administration, l'usage des synergies et l'objectif poursuivi sont les points communs. La résistance aux antibiotiques dans la première option et la gestion d'échecs dans la seconde rendent l'opportunité de continuer dans les études pour améliorer le niveau actuel.

Conclusion et application des résultats : La configuration des étiologies bactériennes responsables des infections urogénitales à Kinshasa est entrain de varier considérablement et cela est entrain de rendre impérieux la réalisation de l'antibiogramme. Ces infections jadis groupées en urétrites gonococciques et en urétrites non gonococciques pourraient dans un temps proche changer des groupements. Quant aux traitements, la Gentamicine suivie de la Ciprofloxacine et de la Doxycycline restent le choix à conseiller, mais cela n'omet pas l'opportunité d'une demande

d'antibiogramme. Leur prise en charge doit être précoce surtout chez les femmes enceintes. On doit continuer à sensibiliser sur l'abandon de l'automédication et continuer à montrer les méfaits de cette pratique avec une vulgarisation à grand échelle. Le traitement intentionnel de ces infections devrait être déconseillé.

La pratique de l'art de guérir par les Tradipraticiens doit être l'objet d'une structuration soutenue et son exercice réglementé.

Mots clés : Écoulements urétraux pathologiques, étiologies, antibiotiques, plantes médicinales, potions.

ABSTRACT

Objective: This study aims to update data on the etiologies and antibiotic susceptibility of urogenital tract bacteria in order to enhance treatment strategies concerning the recurrence of these infections and the ongoing observation of antimicrobial resistance progress in these bacteria. Additionally, it aims to explore the practices of traditional healers and their potential contribution to this situation.

Methodology and Results: In conventional approaches, two medical centers, specifically Kokolo Military Camp Hospital and Lomo Medical Center in Limete, were chosen to obtain urogenital secretion samples. Among the 308 samples analyzed, 202 presented significant bacteriuria (72 men and 130 women). The emergence of *Staphylococci* bacteria was observed. Ciprofloxacin, Erythromycin, and Gentamicin were found to be effective antibiotics. Regarding traditional practitioners, a research survey was conducted among 21 men and 9 women. The findings revealed that their treatments were based on utilizing organs or whole plants fashioned into decoctions, macerations, and powders, predominantly delivered in potion form. Similarities were noted in the pursued objectives between the traditional and conventional approaches.

Conclusion and Application of Results: The configuration of bacterial etiologies responsible for urogenital infections in Kinshasa is undergoing significant changes, necessitating the performance of antibiograms. Previously categorized as gonococcal urethritis and non-gonococcal urethritis, these infections might alter their classification for treatment strategies. Gentamicin followed by Ciprofloxacin remains a recommended choice; however, this recommendation does not negate the need for an antibiogram. Early management, particularly among pregnant women, is crucial. The dissemination of information about self-medication practices is essential, and intentional treatment of these infections should be discouraged. Furthermore, supporting and regulating the practices of traditional healers in the art of healing is crucial.

Keywords: Genitourinary infections, etiology, antibiotics, medicinal plants, potions.

INTRODUCTION

La voie urogénitale chez l'homme et la femme est en permanence colonisée par une flore commensale non pathogène. Les lésions cervicales, les troubles hormonaux, les traumatismes, la substitution de la flore après antibiothérapie et parfois par manque d'hygiène sont surtout chez la femme les causes des infections. Ces causes sont récurrentes, imprévisibles, variables et évolutives et rendant souvent le traitement non

effectif. Plusieurs facteurs concourent à ce revers de traitement, les uns liés à l'homme notamment le manque d'informations appropriées, la légèreté dans la pratique de l'art de guérir et aussi la non qualification des acteurs soignants. (Observation dans la pratique). 308 échantillons ont été traités donnant 202 cas positifs (72 hommes pour 75 échantillons et 130 femmes pour 233 échantillons). Plusieurs pathogènes ont été

isolés, parmi lesquels le genre *Staphylococcus* a émergé. Les antibiotiques les plus performants étaient la Ciprofloxacine, l'Erythromycine et la Gentamicine et ceux en détresse la Cefotaxime et l'Imipenem. Chez les tradipraticiens, le principe était de rester discret et suivre leurs informations sans influencer quoique ce soit. Des consultations intimes, des plaintes exposées, des réactions spontanées du soignant, nous ont permis chez les 21 hommes et 9 femmes Tradipraticiens et selon les réponses aux questions du Guide

MATERIELS ET METHODES

Partie conventionnelle : Les responsables de ces structures médicales avaient donné leurs accords pour la réalisation du travail et à notre niveau tout était anonyme.

Origine des échantillons : Les échantillons ont été prélevés pour des fins diagnostiques par le laboratoire de bactériologie médicale de l'hôpital de référence de camp KOKOLO et de laboratoire médicale LOMO pendant deux ans. Les écoulements urétraux pour les hommes et les sécrétions cervicovaginales pour les femmes ont été recueillis à l'aide des écouvillons stériles. Chaque écouvillon a été placé dans 2 ml de milieu de transport Stuart puis acheminé au laboratoire de Microbiologie Expérimentale et Pharmaceutique de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques pour analyses. Pour favoriser la croissance de germe, les écouvillons ont été placés dans 2 ml d'eau physiologique ou 2 ml de l'eau peptonée puis incubés dans l'étuve bactériologique à 37°C pendant toute la période d'exploration.

Culture : Après coloration au Gram, l'ensemencement a été fait sur les milieux suivants selon la coloration et la forme des bactéries observées : Milieu de Chapman, Gélose au sang, Gélose chocolat à laquelle on ajoutait le mélange VCN (Vancomycine, Colistine, Nystatine) et le Polyvitec et les boîtes de ce complexe mélangé ont été incubées pendant 24h à 72h à 37°C en atmosphère enrichie avec 5 à 10% de CO₂,

approfondi de recherche soumis d'avoir des données sur leurs actes. La carrière des Tradipraticiens et leurs motivations, la nature des plantes, les outils de travail, les formes de présentation du traitement et la gestion des échecs nous ont été révélés. Le manque d'effectivité variable selon l'antibiotique sur les bactéries constaté dans l'option conventionnelle et les échecs qui doivent être gérés dans la pratique traditionnelle constituent les obstacles à résoudre.

Gélose Mc Conkey, Milieu de Kligler, Milieu Mobilité Indole Urée (M.I.U), Milieu de Simmons et Milieu de Sabouraud.

Identification : Elle s'est axée sur les caractères biochimiques usuels d'identification de chaque bactérie. Le genre *Staphylococcus* a été identifié par la microscopie après la coloration de Gram et par le test de catalase. L'identification de l'espèce *Staphylococcus aureus* s'est basée sur la recherche de la Catalase, la Coagulase et la Dnase. Tous les *staphylocoques* négatifs pour les tests de la Coagulase et Dnase ont été identifiés comme les *Staphylococcus* à Coagulase Négative (SCN). Le genre *Streptococcus* a été identifié par la microscopie après coloration de Gram et par le test de la catalase négatif et la disposition des coques en chaînettes. Les espèces ont été identifiées sur la gélose au sang comme des bactéries hémolytiques. L'une se présentant à l'observation au microscope sous forme de chaînettes longues composées de plusieurs coques et provoquant des hémolyses franches et transparentes (hémolyse dite Béta) sur la gélose au sang et sensibles à l'Optochine (*Streptococcus pyogenes*). Des coques semblables aux premiers avec des chaînettes plus ou moins longues avec hémolyses non prononcées aux bordures verdâtres (hémolyse alpha) et sensibles à la Bacitracine (*Streptococcus agalactiae*) enfin des coques

Gram + catalase - donnant des colonies plus grandes et plus opaques et de rares chainettes et surtout résistantes à la hausse de la température jusqu'à 60°C (*Entérocoques*). Les *Neisseria gonorrhoeae* ont été observés sur la lame colorée comme des diplocoques Gram négatif intra ou extracellulaires et après culture sur la gélose au chocolat ajoutée du mélange VCN (Vancomycine, Colistine, Nystatine) et le Polyvitec comme de petites colonies fines en rosées et répondant positivement aux tests d'oxydase et de Bétalactamase. Les *Entérobactéries* ont été aussi identifiées par les tests conventionnels de microbiologie classique incluant la coloration de Gram, le test à l'oxydase, la production de l'indole et d'une uréase, l'utilisation du citrate, la production du sulfure d'hydrogène et du gaz et la fermentation des sucres. Le *Candida albicans* a été identifié après observation au microscope et passage de la lame à la flamme d'un frottis mélangé avec une solution de KOH à 10% et observé une seconde fois au microscope avant d'être ensemencé sur la gélose au Sabouraud.

Pour la partie de la Médecine Traditionnelle : On a soumis un guide

RÉSULTATS

Sur 308 échantillons étudiés, nous avons observés 202 cas d'infections urogénitales. Les différentes espèces isolées appartenaient au genre *Staphylococcus*, *Neisseriaceae*, *Streptococcus*, *Enterobacter*, *E.coli*, *Klebsiella*, *Proteus* et *Candida*. Pour les bactéries à Gram positif, les espèces les plus isolées étaient les *Staphylocoques* à coagulase négative (SCN) (34,7%) suivis de *Staphylococcus aureus* (20,8%) (8), et de *Streptococcus agalactiae* et *pyogènes* (9,9 % et

d'entretien approfondi de recherche comportant onze questions aux Tradipraticiens de :

- Marché de la commune de Makala (Av Kimwenza) ;
- Marché du Rond-Point Ngaba le long de By-pass et à l'intérieur du marché (Paroisse Sainte Christine) ;
- Marché Rails (pont Matete) ;
- Marché de la commune de Matete (paroisse Saint Alphonse) ;
- Marché dans la commune de Masina (en face de la maison communale de Kimbanseke).

Le guide se renseignait sur comment sont-ils devenus Tradipraticiens et pendant combien de temps soignent-ils les malades et des cas des maladies liées au sexe et avec quoi les soignent-ils. Quelles sont les plaintes (1,3) et qui les amènent chez eux, les plantes comment ils les ont connues et les obtiennent-ils ? (12) Le choix, la préparation, la forme et la dose à délivrer se trouvaient parmi les questions posées. Ils ont été 30 Tradipraticiens dont 21 hommes et 9 femmes à être visités.

5,94%). Les bactéries à Gram négatif, celles isolées étaient le *Neisseria gonorrhoeae* (17,82%) et les principales entérobactéries *E.coli* (2,48%) suivis de *Klebsiella* (1,98%), d'*Enterobacter* (1,49%) et de *Proteus mirabilis* (0,99%). Enfin, le *C. albicans* (2,98%). Les SCN, *S.aureus*, *S.agalactiae*, *S.pyogènes* et le *C. albicans* étaient les espèces les plus isolées chez les femmes tandis que le *N.gonorrhoeae* était l'espèce la plus isolée chez les hommes.

Tableau 1 : Répartition des pathogènes, en absolu et en pourcentage (%) et selon le sexe.

| Pathogènes | Total | | Hommes | | Femmes | |
|---------------------------------|------------|--------------|-----------|----------------|------------|---------------|
| | Na | Nr | Na | Nr | Na | Nr |
| <i>Staphylocoques C.N.</i> | 70 | 34 ,65% | 17 | 8,41% | 53 | 26,24% |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | 42 | 20,8% | 13 | 6,44% | 29 | 14,36% |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | 36 | 17,8% | 29 | 14,35% | 7 | 3,45% |
| <i>Streptococcus agalactiae</i> | 20 | 9,9% | 5 | 2,48% | 15 | 7,42% |
| <i>Streptococcus pyogènes</i> | 12 | 5,94% | 3 | 1,48% | 9 | 4,46% |
| <i>Entérocoques</i> | 2 | 0,99% | 0 | - | 2 | 0,99% |
| <i>Escherichia coli</i> | 5 | 2,48% | 2 | 0,99% | 3 | 1,49% |
| <i>Enterobacter</i> | 3 | 1,49% | 0 | - | 3 | 1,49% |
| <i>Klebsiella</i> | 4 | 1,98% | 2 | 0,99% | 2 | 0,99% |
| <i>Proteus mirabilis</i> | 2 | 0,99% | 1 | 0,49% | 1 | 0,49% |
| <i>Candida albicans</i> | 6 | 2,98% | 0 | - | 6 | 2,98% |
| TOTAL | 202 | 99,9% | 72 | 35 ,64% | 130 | 64,35% |

Profil de sensibilité aux antibiotiques : En observant les résultats de l'antibiogramme, nous osons dire que les deux B-lactamines de notre expérience ont présenté un profil de sensibilité trop bas. Les taux les plus élevés de la sensibilité se manifestent pour l'imipenem vis-à-vis de *S.aureus* 26,2%, pour la Cefotaxime 10,2% seulement vis-à-vis du *Neisseria gonorrhoeae* (voir Tableau 2). La Ciprofloxacine garde un bon comportement variable de 71,43% avec un pic de 90% vis-à-

vis des *Staphylocoques à coagulase négative* (Tableau 2). La Doxycycline aussi se comporte avec de sensibilité allant de 70% à 91,2%, ce taux élevé est vis-à-vis de *Neisseria gonorrhoeae* (Tableau 2). L'Erythromycine reste sensible dans une fourchette de 46% à 86%, le taux le plus élevé obtenu est face au *N. gonorrhoeae*. Enfin la Gentamicine avec des taux variant de 90% à 94%, le pic avec le *N. gonorrhoeae* (Tableau 2) se présente comme l'antibiotique le plus efficace.

Tableau 2 : Sensibilité des pathogènes vis-à-vis de différents antibiotiques en pourcentage %.

| Pathogènes | Antibiotiques | Sensibles | Résistants |
|----------------------------|----------------|-----------|------------|
| <i>Staphylocoques C.N.</i> | Imipenem | 8,52 | 91,48 |
| | Cefotaxime | - | 100,00 |
| | Ciprofloxacine | 90,6 | 9,4 |
| | Doxycycline | 88,01 | 11,99 |
| | Erythromycine | 46,4 | 53,60 |
| | Gentamicine | 90,0 | 10,00 |
| <i>St. aureus</i> | Imipenem | 26,2 | 73,80 |
| | Cefotaxime | - | 100 |
| | Ciprofloxacine | 71,43 | 28,57 |
| | Doxycycline | 78,2 | 19,8 |
| | Erythromycine | 71,4 | 28,6 |
| | Gentamicine | 93,3 | 6,7 |
| <i>N.gonorrhoeae</i> | Imipenem | 20,0 | 80,0 |
| | Cefotaxime | 10,2 | 89,8 |
| | Ciprofloxacine | 87,0 | 13 |
| | Doxycycline | 91,2 | 8,8 |
| | Erythromycine | 86,6 | 13,4 |
| | Gentamicine | 94,2 | 5,8 |

| | | | |
|------------------------|----------------|------|------|
| <i>St. agalactiae.</i> | Imipenem | 25,0 | 75,0 |
| | Cefotaxime | 9,0 | 91,0 |
| | Ciprofloxacine | 83,0 | 17,0 |
| | Doxycycline | 70,0 | 30,0 |
| | Erythromycine | 58,3 | 41,7 |
| | Gentamicine | 92,0 | 8,0 |
| <i>St. pyogènes.</i> | Imipenem | 27,3 | 72,7 |
| | Cefotaxime | 9,1 | 91,9 |
| | Ciprofloxacine | 82,0 | 18,0 |
| | Doxycycline | 82,0 | 18,0 |
| | Erythromycine | 63,6 | 36,4 |
| | Gentamicine | 90,9 | 9,1 |

Pour la partie de la Médecine

Traditionnelle : Les réponses au guide nous ont révélé comment ils sont consultés et pour quels cas les malades viennent chez eux. Les plantes qui sont utilisées parmi lesquelles il y a 7 les plus fréquentes servies en première intention.

- Les feuilles de FANDOLO (*Cleronendrum ucinatum schima*) servies en décoction sous forme des potions mélangées selon le cas avec LUNGUZU, MANDAYINDAYI, KILIKIMA, MBAKA et KISIMI. Ces feuilles peuvent être séchées et calcinées et servies en poudre proposées à sucer.

- La plante entière le KIMVUMINA KIA NKOMBO (*Euphorbia hirta*), l'arbuste pilé, bouilli et la décoction servie en potion.

- Les racines de LOLO (*Sarcosephalus latifolius*) servies en décoction sous forme de potion et mélangées parfois avec MUPESHIPESHI.

- Les racines et les feuilles de MAPELA (*Psidium guayava*), les racines sont épluchées, pilées et mises dans l'eau et le macéré utilisé pour le lavement. Les feuilles sont bouillies et la décoction est servie pour le lavement.

- Les racines de MUPESHIPESHI (*Quaesia africana*), celles-ci mélangées avec les racines de NSIKI, pilées et bouillies et la décoction est servie en potion.

- Les racines de MUSIMI (*Garcinia huilensis*), les racines sont pilées et mises dans l'eau et le macéré administré en lavement.

- La racine de NSIKI (*Morinda lucida* Beth), La racine mélangée avec la racine du MUPESHIPESHI, pilée, bouillie et la décoction est servie en potion.

Autres plantes comme Dinioka-nioka (*Sennan occidentalis*), Kikalala (*Smilaxan ceps*), Kisokosoko (*Psorospermis fabrifagam* Speech), Linioko ya tembe (*Bouravia diffusa* L), Lomboluka (*Aumônas erregalensis*), Mboka (*Milletia versicolore*), Mpeya (*Morodora myristica*) et Musanga (*Hymeno cordace ulmoideis*) sont aussi utilisées. Nous avons trouvé la référence de toutes ces plantes citées ci-dessus parmi les plantes répertoriées comme médicinales à l'Herbarium de la botanique de la Faculté de Sciences de l'Université de Kinshasa. Nous avons observé aussi auprès des Tradipraticiens, comment ils sont consultés sans protocole, leurs réactions en choisissant les plantes, le choix des formes à utiliser et les cures à proposer. Aussi nous avons été témoins de comment se font la gestion d'échecs, la procédure des compositions, en observant des drogues à usage multiple et souvent plusieurs drogues sont mélangées pour une livraison, et tout cela se fait instinctivement. Les Tableaux 3 et 4 ci-dessous, schématisent respectivement les parties ou organes utilisés et les formes de présentation.

Tableau 3 : Parties (organes) utilisées.

| Espèces | Ecorces | Feuilles | Fruits | Racines | Plante entière |
|------------------|---------|----------|--------|---------|----------------|
| Dinioka-nioka | + | + | | + | |
| Fandolo | | + | | | |
| Kisokosoko | + | | | + | |
| Kimvumina | | | | | + |
| Linioko ya tembe | | | | + | |
| Lolo | | | | + | |
| Lomboluka | + | + | | + | |
| Mapela | | + | | + | |
| Mupeshipeshi | | | | | |
| Musanga | + | + | | | |
| Musimi | | | | + | |
| Ngansi | | | + | | |
| Nsiku | | | | + | |

Le tableau ci-dessous résume les formes de présentations : Les produits subissent au préalable un façonnage et sont livrés en

Décocté, Macéré, Poudre et en Solution pour lavement comme le montre le Tableau 4.

Tableau 4 : Formes de présentations

| Espèces | Décocté | Macéré | Poudre | Solution pour lavement |
|------------------|---------|--------|--------|------------------------|
| Dinioka-nioka | + | | + | |
| Fandolo | + | | + | |
| Kisokosoko | + | + | + | |
| Kimvumina | + | | | |
| Linioko ya tembe | + | | | |
| Lolo | + | | | |
| Lomboluka | + | | | |
| Mapela | + | + | | + |
| Mupeshipeshi | + | | | |
| Musanga | + | | + | |
| Musimi | + | + | | + |
| Ngansi | | | + | |
| Nsiku | + | | | |

DISCUSSION

L'approche prenant en charge les écoulements urétraux, nous a permis de constater la situation de la progression de la résistance des bactéries aux antis infectieux affectés et de la situation de ces antis infectieux, la prévalence du genre *Staphylococcus* (*S.aureus*, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*) sur les autres bactéries, 112 cas soit 55,4% (2, 6, 7), le *Neisseria gonorrhoeae* 36 cas soit 17,7% et le genre *Streptococcus* (*agalactiae*, *pyogènes*, *entérocoque*) 34 cas soit 16,8%. Ce résultat est

contraire à celui obtenu lors d'un travail précédent qui à son temps recherchait la fréquence de *Neisseria gonorrhoeae* dans les infections uro-génitales toujours à Kinshasa (10). C'est le *Neisseria gonorrhoeae* qui avait prévalu suivi de *Streptococcus agalactiae*. Quant au taux le plus élevé de ces infections, il a été observé chez les femmes et comme antibiotiques plus actifs sur toutes les bactéries confondues la Ciprofloxacine, la Gentamicine et la Doxycycline. Les composés B-lactamines

(Amoxicilline, Imipenem, Cefotaxime) utilisés, ont pu mettre en évidence l'existence des souches à haut niveau de résistance aux bêta-lactamines, qui peut s'expliquer par l'utilisation fréquente et abusive (automédication) de ces produits surtout l'Ampicilline et l'Amoxicilline (11) Cette illustration ne pourrait inciter qu'à la plus grande prudence dans le choix de la chimiothérapie quant aux traitements des infections génito-urinaires et que l'éducation a encore de la place dans ce domaine. En tenant compte des résultats obtenus dans cette étude, nous serions tentés de retenir pour le traitement des infections génito-urinaires, la Ciprofloxacine, la Gentamicine et la Doxycycline ; mais la prudence nous exige de conseiller la pratique de l'antibiogramme pour prévenir la propagation de souches résistantes aux antibiotiques usuels et surcroît minimiser les frais. Chez les Tradipraticiens, ce sont les plantes qui les permettent d'exercer leur art. Les plaintes présentées trouvent une solution immédiatement se référant uniquement à la connaissance du tradipraticien (12) qui décide au même moment de la nature, de la forme et aussi de la composition du produit à livrer. Du décocté, du macéré, de la solution à purger ou de la poudre à introduire par la voie anale cela dépend de sa volonté. La gestion d'échecs se fait en première intention en changeant immédiatement le produit ou en augmentant la dose et en prolongeant la cure. Les uns restent dépendants des préparateurs pour les produits à utiliser tandis que les autres préparent eux-mêmes, l'illustration ici de répartition de tâches. Ils deviennent Tradipraticiens par la volonté personnelle, en imitant un ami ou un voisin ou soit un membre de la famille qui exerce ou a exercé cette profession. Leur façon

d'administrer est aussi complexe, il y a des drogues à usage multiple et souvent plusieurs drogues pour une seule plainte. La forme la plus utilisée est la potion, résultat des décoctés et des macérés contenant une à trois drogues parfois plus. La richesse de leur patrimoine est plausible et le déficit de la technologie se constante au premier regard et ils ont besoin d'un encadrement pour bien évoluer. Pour les deux options, il est difficile de faire une discussion sur les faits. L'une des options amène un schéma à suivre pour décider d'un traitement et cela par des molécules spécifiques dont la stabilité est assurée tandis que l'autre option propose un traitement direct et intuitif sans délai prévu pour la conservation. Les molécules de la première option peuvent être l'objet d'une défense pour expliquer leur usage ce qui n'est pas le cas pour la seconde option où les présentations sont multiples et différentes. Le cursus poursuivi par les acteurs respectifs pour avoir l'aval de traiter est totalement différent, et pour les deux options, on recourt à des synergies pour certains cas. La résistance constatée dans la pratique conventionnelle équivalait aux échecs observés dans l'option traditionnelle, parfois quelques patients ayant débuté par une option se réfugient à l'autre en cas de résistance. Chercher à trouver pour le moment des alternatives aux résistances antis microbiennes dans la pratique traditionnelle demeure un défi, elle nécessite encore des études appropriées, régulières, permanentes, continues, bien initiées, bien programmées et surtout bien appliquées. Parmi les éléments qui approchent les deux options pour le moment, le principal c'est le but poursuivi qui consiste à soigner les sécrétions urogénitales pathologiques.

CONCLUSION ET APPLICATION DES RÉSULTATS

La configuration des étiologies bactériennes responsables des infections urogénitales à Kinshasa est entrain de varier considérablement et cela est entrain de rendre

impérieux la réalisation de l'antibiogramme. Ces infections jadis groupées en urétrites gonococciques et en urétrites non gonococciques pourraient dans un temps

proche changer des groupements. Quant aux traitements, la Gentamicine suivie de la Ciprofloxacine et de la Doxycycline restent le choix à conseiller, mais cela n'omet pas l'opportunité d'une demande d'antibiogramme. La prise en charge doit être précoce surtout chez les femmes enceintes. L'information sur la pratique de l'automédication doit continuer à être vulgarisée. L'exercice de l'art de guérir par les tradipraticiens doit être accompagné. Ils sont en possession d'une œuvre dont eux-mêmes ne maîtrisent pas et doivent être encadrés pour

faire bénéficier aussi aux autres de leur connaissance et donner une orientation à ce qu'ils font. L'exploitation motivée de cet art avancerait beaucoup de choses dans la pratique et pourrait résoudre certains faits restés suspendus, les études doivent se poursuivre pour chercher des solutions dans les déficits constatés. Pour le moment gérons correctement l'usage des antis infectieux (leur conservation, leur délivrance, leur possession et leur usage) et aidons les décideurs à s'intéresser à la pratique des tradipraticiens.

BIBLIOGRAPHIE

- Asemoglo D. J. and Robinson J. A. 2015. Prospérité, puissance et pauvreté : Pourquoi certains pays réussissent mieux que d'autres ? Genève, Marcus Haller, 637 p.
- Batard E., Elkouri D., Potel G. 2007. Infections à *Staphylocoques*, aspects cliniques et bactériologiques. Elsevier Masson SAS, Paris, Maladies infectieuses, 8-007-A-10.
- Belaisch J. 2006. Insuffisance ovarienne débutante, interprétation et stratégie dans le cadre d'une infertilité. JPA.
- Carbanne F., Pages A., Billery CL., Carbillet JT. : Pathologie génitale masculine, Urologie, Masson, Paris-Milan.
- Cribier B. 2004. Maladie de Paget, In : Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Eds Saurat JH, Grosshans E., Laugier P et al, 658-659.
- Herald A., Brasme L., Jaussaud R., Colin J., Vernet-Garnier, V. Lardennois 1998. Place actuelle des *staphylocoques à coagulase négative* en urologie. Progrès en Urologie, 8, 579 à 580.
- Karsten B., Heilmann C., Peters G. 2014. *Coagulase-negative Staphylococci*, Clinical Microbiology Reviews, p. 870 – 926, octobre, Volume 27.
- Leclercq R. 2004. Epidémiologie et facteurs de risque d'acquisition de *staphylocoques* résistants. Med Mal Infect 3 Suppl. 2 : S 179 - S 183.
- Sigurdardottir I. T., Anderson P., Davoudi M., Malmsten M., Schmidtchen A., Boldesson M. 2006. Antimicrobial Agents Chemother. 50 : 2983 – 2989.
- Unya W., Ntongo B. Kikuni. 1995. Fréquence de *Neisseria gonorrhoeae* dans les infections urogénitales dans la ville de Kinshasa (R.D.C). Pharmacien d'Afrique n° 83, 23 -26.
- Welo U., Inamba M., Takaisi-Kikuni N.B. Fréquence et sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées des infections urinaires en milieu non hospitalier de la ville de Kinshasa (R.D.C.). Annales de Pharmacie N° 2.
- Wichtl M., Anton R. 2003. Plantes thérapeutiques, Tradition pratique officinale, science et thérapeutique. Ed. Tec et Des et EMI.