

## Klassisch-homöopathische Behandlung männlicher Fertilitätsstörungen

*E. Wallis*

Seit April 1993 wird an der Ambulanz für Naturheilkunde der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg eine Studie mit dem Thema „Klassisch-homöopathische Behandlung männlicher Fertilitätsstörungen“ durchgeführt.

In dieser Pilotstudie sollen die Möglichkeiten der Einzelmittelhomöopathie in der Behandlung männlicher Fertilitätsstörungen anhand von Spermogramm- und Hormonwerten sowie unter Berücksichtigung von Umweltfaktoren durchgeführt werden. Dies betrifft solche Umweltfaktoren, die einen hemmenden Einfluß auf die Spermiogenese und auch auf die Wirkungsentfaltung homöopathischer Mittel haben können.

Der unerfüllte Kinderwunsch stellt in westlichen Industrienationen ein zunehmendes Problem dar. Man geht davon aus, daß ca. 15% aller Paare betroffen sind. Die Ursachen liegen jeweils zur Hälfte beim Mann und bei der Frau. Der überwiegende Teil der männlichen Fruchtbarkeitsstörungen ist idiopathischer Natur, d.h. unbekannter Ursache.

Die wichtigsten der übrigen, diagnostizierbaren Ursachen bestehen in der unterschiedlich bewerteten Varicozele, der Retentio testis, Entzündungen im Genitalbereich (besonders auch symptomarme chronische Formen), von Traumata, immunologischen Störungen sowie der Einwirkung äußerer Noxen, wie zum Beispiel Giftstoffe, Schwermetalle, Medikamente, Strahlen, Hitze, Alkohol, Nikotin u.a.. Weitere negative Einflußfaktoren sind allgemeine Entzündungen sowie Streß.

Die Regulation der Spermiogenese erfolgt hauptsächlich auf hormonellem Weg. Über Zwischenhirn und Hypothalamus werden Reize aus allen Bereichen des Individuums integriert und führen u.a. in der Hypophyse zur Ausschüttung von Hormonen, in diesem Fall von FSH, LH und Prolaktin. FSH führt zu einer direkten Stimulierung der Samenbildung, LH fordert diese über einen Testosteronanstieg. Prolactin dagegen, welches beim Mann hauptsächlich in Streßsituationen erhöht ist, bremst die Spermiogenese.

Das wichtigste klinische Korrelat der Fruchtbarkeitsstörung beim Mann ist das Spermogramm, dessen wichtigste Parameter mit ihren Normwerten entsprechend den WHO Kriterien von 1992 in Tabelle 1 wiedergegeben sind.

Tab.1 Parameter und Normwerte des Spermogramms nach WHO Kriterien

Parameter	Einheit	Normwert
Spermiendichte	[Mill/ml]	> 20
Beweglichkeit		
gut progressiv	[%]	> 50
mäßig	[%]	< 30
keine	[%]	
Vitalität	[%]	> 75
Morphologie	[%]	< 30
Ejakulatmenge	[ml]	> 2
Biochemie		
Immunologie		

Die Diagnose wird entsprechend der von der Norm abweichenden Parameter gestellt. Oligozoospermie bezeichnet eine erniedrigte Spermiendichte, Asthenozoospermie eine erniedrigte Beweglichkeit, Teratozoospermie einen verminderten Anteil normal geformter Spermien. Azoospermie bezeichnet das Nichtvorhandensein von Samenzellen. Die Möglichkeiten der konventionellen andrologischen Therapie bei idiopathischen Fertilitätsstörungen sind auf wenige empirisch eingesetzte Medikamente begrenzt, deren Erfolg unterschiedlich, bei positiven Bewertungen mit etwa 20% angegeben wird.

Mittels Literaturrecherche fand sich lediglich eine Studie zu dem Thema von Raval u. Goyal (1992), bei der in Indien 18 Männer aufgrund pathologischer Spermogramme mit einer Kombination dreier homöopathischer Mittel behandelt wurden. Bei nicht näher ausgeführtem Studiendesign wurde im Bereich der Dichte und der Beweglichkeit eine signifikante Verbesserung beschrieben. Außerdem fanden sich zwei Kasuistiken. Zu positiven Ergebnissen kamen auch zwei Akupunkturstudien (Fischl 1984 / Jung 1995).

Auf dieser Grundlage wurde für die Studie die folgende Zielsetzung formuliert:

- Kann die Homöopathie eine Alternative zur konventionellen Therapie bei der Behandlung der männlichen Fruchtbarkeitsstörungen sein?
- Lassen sich die Ergebnisse der Homöopathie-Studie von Raval/Gojal (1992) sowie die der Akupunkturstudien von Jung (1995) bzw. Fischl (1984) mittels klassischer Homöopathie reproduzieren?

- Sind ggf. Zusammenhänge erkennbar zwischen Änderungen im Spermogramm und Hormonänderungen bzw. Spermogramm und Schadstoffbelastungen?
- Läßt sich aufgrund der Ergebnisse eine Therapiestudie mit Kontrollgruppe planen, um den Wirksamkeitsnachweis der Homöopathie im allgemeinen und bei männlichen Fertilitätsstörungen im besonderen zu erbringen?

Es wurden folgende Ein- und Ausschlußkriterien festgelegt:

**Einschlußkriterien:**

- unerfüllter Kinderwunsch > zwei Jahre
- zwei pathologische Spermogramme (aktuell)
- dreimonatiges therapiefreies Intervall

**Ausschlußkriterien:**

- sekundärer Hypogonadismus
- irreversible Azoospermie
- Genußgiftabusus: Alkohol > 200 g/d  
Nikotin > 30 Zig/d
- schwere Erkrankungen, die eine andere Therapie erfordern
- sprachliche Kommunikationsprobleme

Die Zielkriterien sind in der folgenden Übersicht dargestellt:

**Hauptzielkriterien:**

- Spermiedichte: Verbesserung > 20 % und/oder
- Spermienbeweglichkeit: Verbesserung > 20 % und/oder
- Schwangerschaftseintritt

**Nebenzielkriterien:**

- übrige Spermogrammparameter: Verbesserung > 20 %
- Verbesserung der Beweglichkeit nach der visuellen Analogskala
- Veränderung der Hormonwerte
- Akzeptanz, drop out-Rate

Die Studie wurde in zwei Phasen durchgeführt: der Vorbereitungsphase und der Behandlungsphase. In der Vorbereitungsphase wurden die Patienten über das Vorgehen informiert und andrologisch untersucht. Eine Untersuchung der Spermogramm-, Hormon- und einiger Blutwerte wurde angeordnet. Der erste Teil der Anamnese wurde mittels dreier Fragebögen erhoben, die sich auf andrologische

Daten, Umweltdaten und den Zahnstatus bezogen. Wurde bei den so erhobenen Befunden eine Belastung durch Amalgamzahnfüllungen, Umweltnoxen bzw. Genußgifte vermutet, so wurden Untersuchungen auf diese Stoffe hin durchgeführt und bei positivem Befund dem Patienten eine mögliche Sanierungsmaßnahme vorgeschlagen.

Die Behandlungsphase begann mit der homöopathischen Anamnese, die in zwei Abschnitte untergliedert wurde: erstens eine mündlich durchgeführte einheitliche homöopathische Grundanamnese und zweitens die Vertiefung der so erarbeiteten individuellen Problematik. Die Beschwerden wurden in einer visuellen Analogskala festgehalten und vom Patienten in ihrer Intensität bewertet. Diese Bewertung wurde bei jeder Wiedervorstellung erneut durchgeführt. Die Verschreibung des homöopathischen Mittels erfolgte nach Repertorisation der Symptome und sollte, wenn die Lage des Falles dies erlaubte, in der Potenz LM 18 dil.lx3Tr. begonnen werden.

Die Patienten wurden angewiesen, eventuell auftretende Beschwerden tagebuchartig festzuhalten und dem Behandler mitzuteilen, diese jedoch nicht anderweitig zu therapieren, von Notfällen abgesehen. Die Wiedervorstellungen erfolgten im sechs-wöchentlichen Abstand, wobei nach Überprüfung des Therapieverlaufes das Medikament in aufsteigenden Potenzen bzw. ein Folgemittel nach Symptomlage verschrieben wurde. Untersuchungen der Spermogramm- und Hormonwerte erfolgten alle drei Monate in dem Labor, welches die Voruntersuchungen durchgeführt hatte. Die Behandlungsdauer betrug mindestens sechs Monate.

Die Rekrutierung erfolgte hauptsächlich über die gynäkologische Ambulanz der Universitäts-Frauenklinik, wo die Partnerinnen in Behandlung waren und dort über die Möglichkeit einer homöopathischen Behandlung der Männer informiert wurden. 36 von 46 Patienten kamen auf diesem Wege, 10 durch anderweitige Information.

Von April 1993 bis Januar 1995 wurden 82 Patienten wegen unerfülltem Kinderwunsch in der Homöopathiesprechstunde aufgenommen. 23 Patienten zeigten nach der Vorbereitungsphase kein weiteres Interesse an einer homöopathischen Behandlung. Sieben Patienten wurden aufgrund folgender Kriterien ausgeschlossen: drei wegen erhöhtem Nikotin-, zwei wegen erhöhtem Alkoholkonsum. Diesen Patienten wurde eine homöopathisch begleitete Entwöhnung bzw. Reduzierung angeboten und mit leider nur vorübergehendem Erfolg von zwei bis drei Monaten durchgeführt. Ein Patient schied wegen Azoospermie infolge Strahlentherapie aus, ein weiterer aufgrund einer Querschnittslähmung.

Mit 52 Patienten wurde die Behandlungsphase begonnen, wovon 36 Patienten die Behandlung abgeschlossen haben, zehn Patienten sich noch in Behandlung befinden und sechs Patienten die Behandlung abbrachen. Zwei Abbrüche erfolgten

wegen einer Entfernung des Wohnortes von >300 km, ein Patient wegen unverändert bestehender Impotentia coeundi, ein Patient aufgrund fehlender Motivation und zwei Patienten ohne Angabe von Gründen. Die Patienten waren im Durchschnitt 35,6 Jahre alt, die Spanne reichte von 27-47 Jahren. Kinderwunsch bestand durchschnittlich seit 4,3 Jahren mit einer Spanne von 2 -11 Jahren. Von 46 Patienten wurden 35 bereits mit einer Dauer von 2 bis 42 Monaten andrologisch behandelt, mit einem Durchschnitt von 11,8 Monaten. 36 der 46 Patienten hatten bereits relevante Vorerkrankungen, 30 von ihnen im Bereich der Genitalien. Hierbei fielen durch Häufigkeit besonders auf: Varicozelen in 20 Fällen, Retentio testis in 6 Fällen, Operationen im Bereich der Genitalorgane in 20 Fällen, Entzündungen in 13 Fällen und Traumata in 3 Fällen.

Die Untersuchung auf Umweltbelastung erbrachte bei 46 Patienten die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse.

Tab. 2: Untersuchung auf Umweltbelastung

Umweltnoxen	n	MW	STD	MIN	MAX
Amalgamfüllungen	34	9	4,4	3	18
Examalgam	9				
Raucher [Zigaretten/d]	11	10	8	1	22
Exraucher	4				
Alkohol [g/d]	32	50	40	6	170
Kaffee/Tee [Tassen 0,2 l/d]	40	3,5	1,4	1,5	7
Chemikalien	8				
Lösungsmittel	5				
Klebstoffe	2				
Pestizide	1				
Bildschirm > 4 Std/d	9				
Hitze	4				
Lärm	4				
Strahlen	1				
beruflicher Streß	22				

Vor Therapiebeginn bestanden in den Partnerschaften drei Schwangerschaften, von denen eine zur Geburt eines Kindes führte.

Von den Partnerinnen hatten 27 keine auffälligen Befunde, 18 litten unter therapiebedürftigen Hormonstörungen, vier von ihnen zusätzlich unter Ovulationsstörungen und zwei Frauen hatten pathologische Eileiterdurchgängigkeit. Das Alter betrug durchschnittlich 33 Jahre und erstreckte sich von 26 bis 41 Jahren.

## Vorläufige Ergebnisse von 36 abgeschlossenen

## Behandlungen

Es traten unter der homöopathischen Behandlung fünf Schwangerschaften ein, von denen eine mit der Geburt eines gesunden Kindes, eine mit einem Abort und eine mit einer Totgeburt beendet wurde. Zwei Schwangerschaften bestehen noch.

Die Auswertung der Spermioogramme erfolgte zu vier Zeitpunkten: 3, 6, 9 und länger als 9 Monate homöopathischer Therapie. Hierbei ergab sich ein Problem aus der Tatsache, daß viele Patienten den Zeitpunkt der Spermioogrammuntersuchung nicht einhielten, sei es aus beruflichen, privaten oder sonstigen Gründen. Daraus resultierten vier Gruppen unterschiedlicher Zusammensetzung und daher mit unterschiedlichen Ausgangswerten, so daß zunächst die Ergebnisse einer jeden Gruppe für sich betrachtet werden müssen. Die Datenauswertung erfolgte mit SAS-Prozeduren; da keine Normalverteilung vorlag wurde der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben eingesetzt und ein Signifikanzniveau von  $p=0,05$  gewählt.

Abbildungen 1-4 im Anhang zeigen jeweils nebeneinander die Ausgangswerte und die Therapiewerte der 4 wichtigsten Variablen der jeweiligen Gruppen. Die Kästchen der sog Boxplots stellen die 25., die 50. (Median) und die 75. Perzentile dar. In der Gruppe „3 Monate“ waren 21 Patienten, in der Gruppe „6 Monate“ 34 Patienten, in der Gruppe „9 Monate“ 25 Patienten und in der Gruppe  $n>9$  Monate waren 17 Patienten zusammengefaßt. Dabei kam es zu allen Zeitpunkten zu einer Verbesserung der „guten Beweglichkeit“ und der „Dichte der gut beweglichen Spermien“. Die „Dichte der gut Beweglichen“ verbesserte sich signifikant zu den Zeitpunkten 3 Monate, 9 Monate und  $> 9$  Monate. Die Verbesserung des „Anteils der guten Beweglichkeit“ war signifikant in der 6-Monatsgruppe und in der 9-Monatsgruppe. Die „Spermiendichte“ verbesserte sich signifikant bei der Messung nach 3 Monaten und  $> 9$  Monaten homöopathischer Therapie, wobei sich die Werte in der 9-Monatsgruppe verschlechterten und sich die in der 6-Monatsgruppe insgesamt etwas verbesserten, bezogen auf den Meridian sich jedoch leicht verschlechterten. Bei der „Moxphologie“ zeigten sich keine deutlichen Veränderungen. Möglicherweise zeichnet sich hierbei nach einem längeren Therapiezeitraum (9 und  $> 9$  Monate) eine Tendenz zu einer Verbesserung ab, was jedoch aus den vorliegenden Daten nicht klar zu ersehen ist.

Die homöopathische Therapiedauer betrug durchschnittlich 10,7 Monate, die Dauer lag zwischen 6 und 22 Monaten. Bei 36 abgeschlossenen Behandlungen wurden 27 verschiedene homöopathische Mittel eingesetzt (Tab.3).

Tab. 3: Häufigkeit der Verordnung von homöopathischen Mitteln

<b>Homöopathisches Mittel</b>	<b>Anzahl der Patienten (insg. n = 36)</b>	<b>Verordnungen insgesamt</b>
Sulfur	16	32
Lycopodium	11	23
Natrium mur.	14	25
Calcium carb.	11	19
Nux vomica	7	17
Pulsatilla	7	12
Silicea	5	10
Phosphorus	4	7
19 weitere Mittel	17	24

## Literatur

- Raval, H.C., Goyal, B.K. (1992): Effects on multiple homeopathic drug therapy on oligospermia in human subjects. Intern. Seminar Trad. Medicine. Calcutta.
- Fischl, F. et al. (1984): Beeinflußbarkeit der Samenqualität durch Akupunktur bei subfertilen Männern. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 44: 510-512.
- Jung, I. (1995): Akupunktur als Behandlungsmethode bei männlicher Sterilität. Reihe edition forschung. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Eckart Wallis  
 Ambulanz für Naturheilkunde der Universitäts-Frauenklinik  
 Voßstr. 9, 69115 Heidelberg

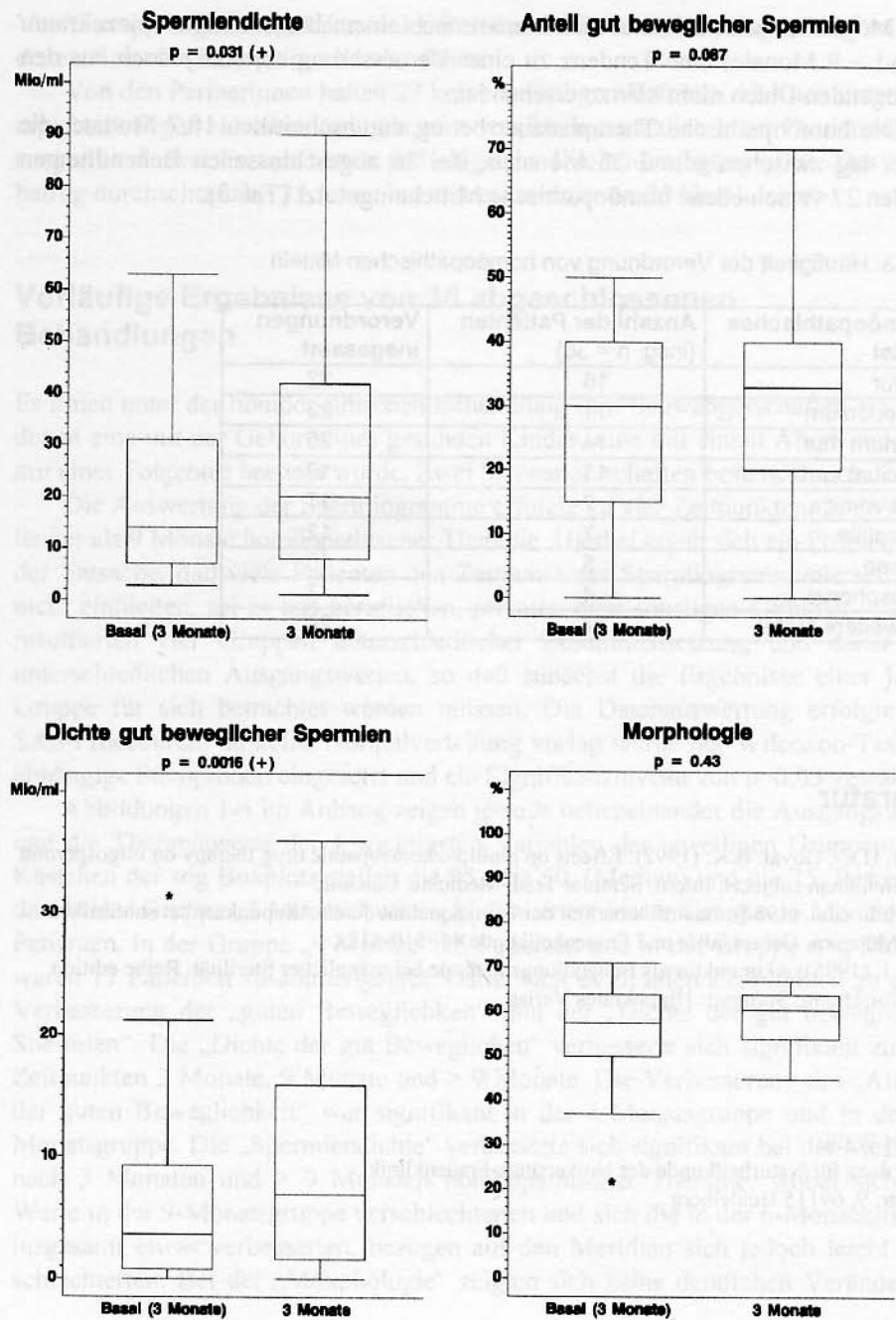


Abb.1 Messung nach 3 Monaten (n = 21)

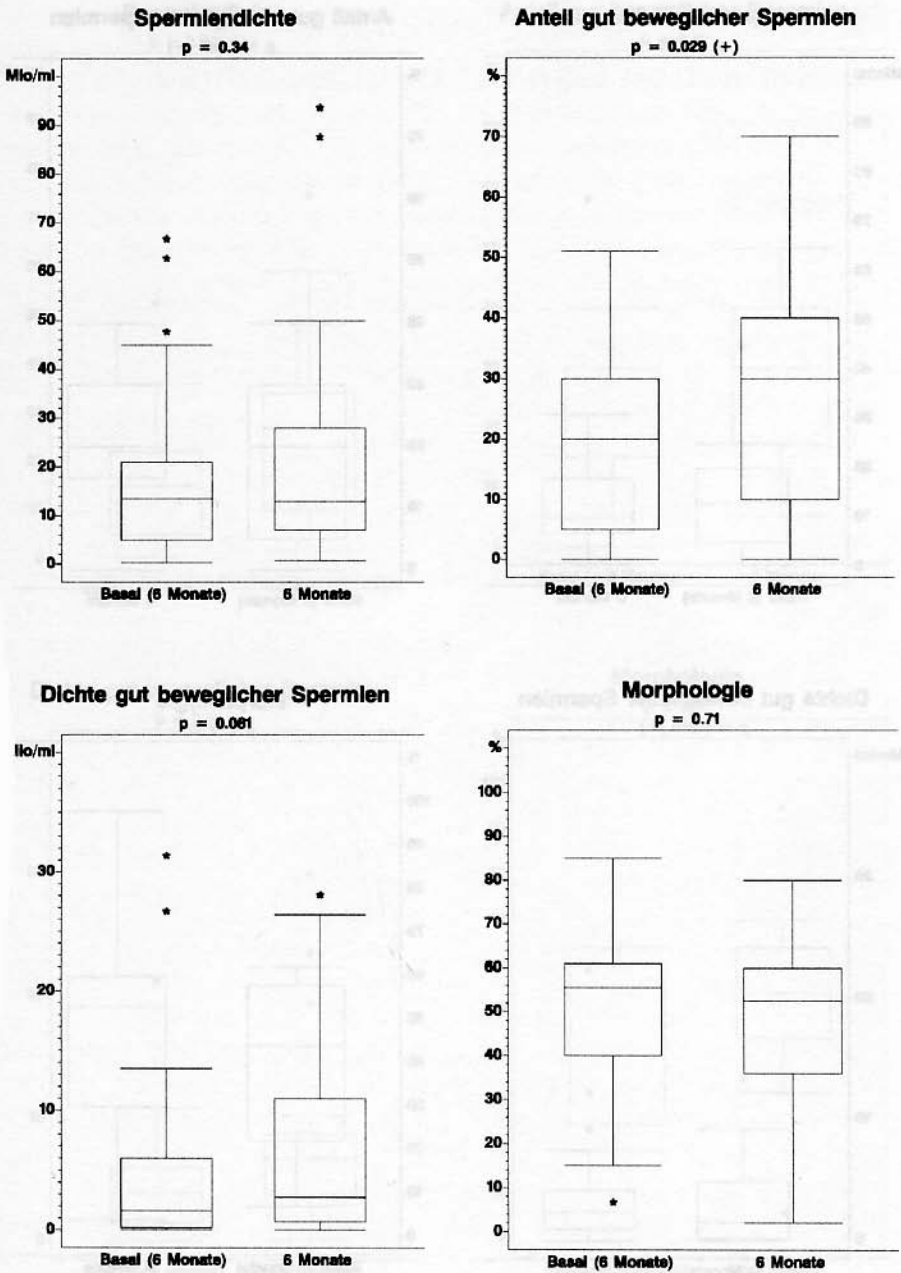


Abb.2 Messung nach 6 Monaten (n=34)

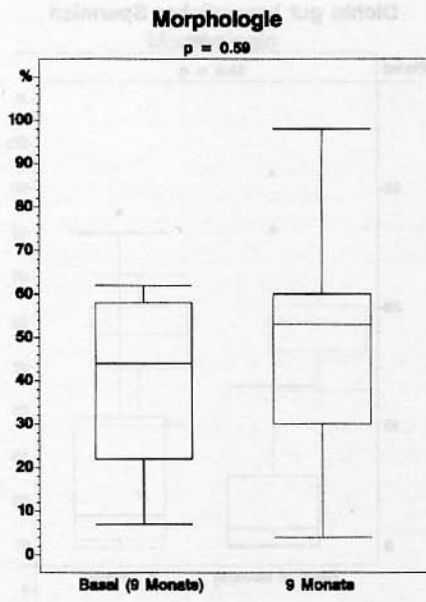
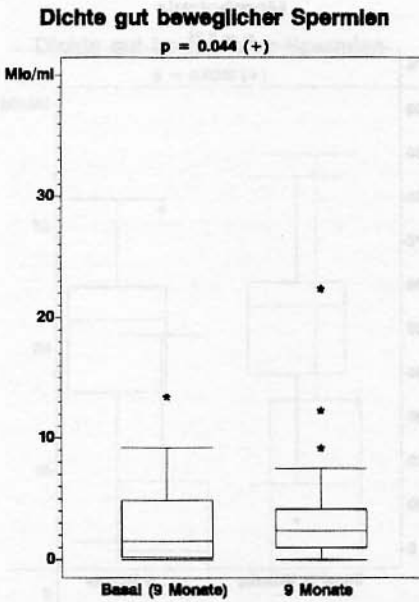
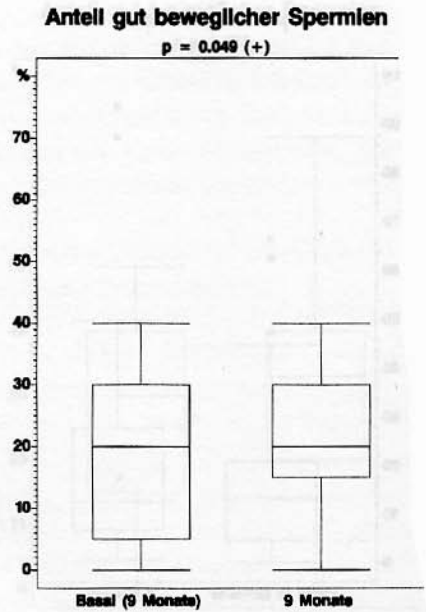
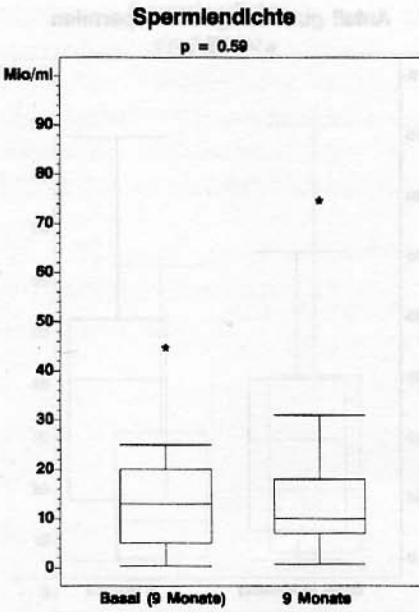


Abb.3 Messung nach 9 Monaten (n=25)

Abb.1 Messung nach 3 Monaten (n=21)

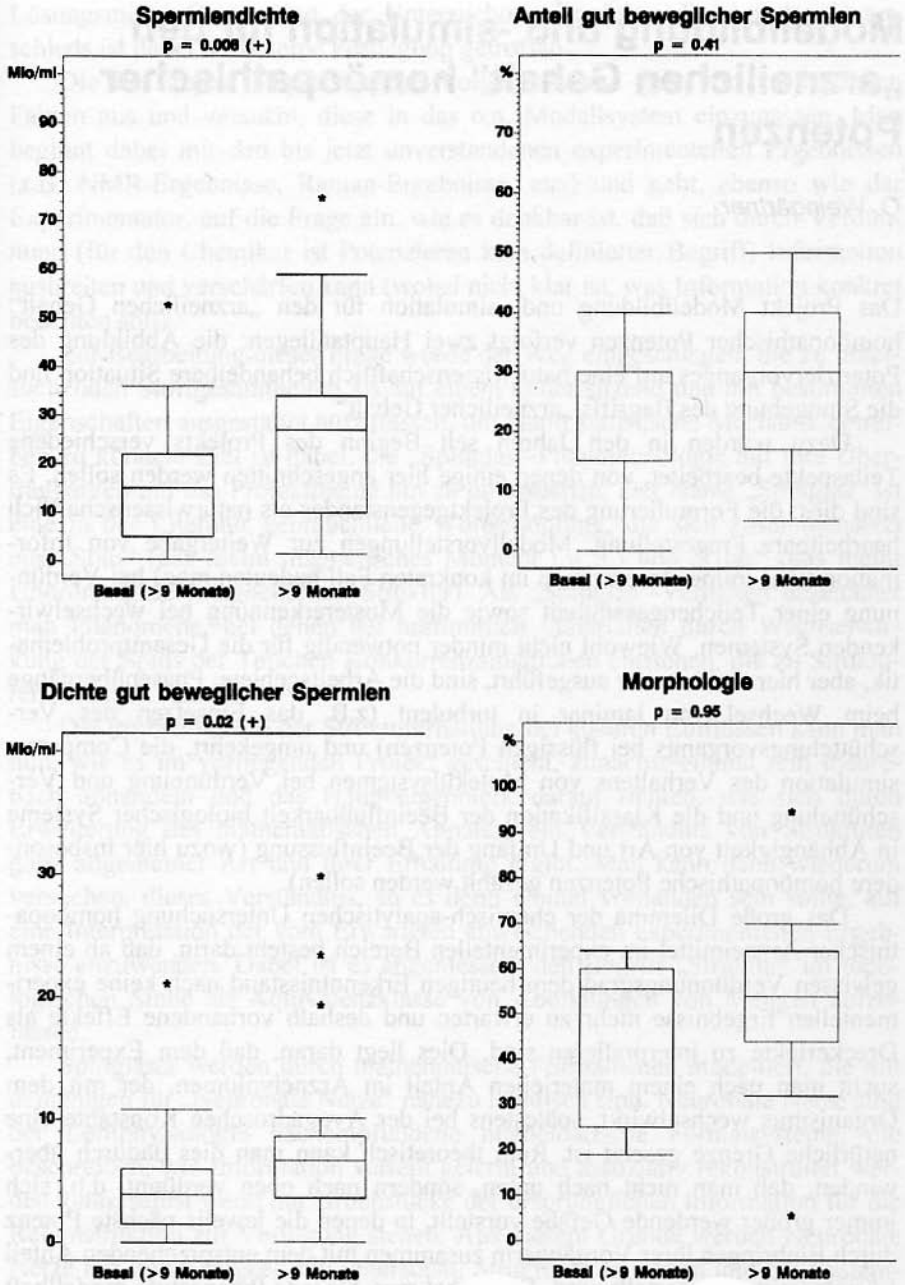


Abb.4 Messung nach &gt; 9 Monate (n=17)