

Eckart Wallis
Dr. med

Klassisch-Homöopathische Behandlung männlicher Fertilitätsstörungen

Geboren am 30.09.1958 in Kiel
Reifeprüfung am 07.06.1977 in Ludwigshafen/Rh.
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1992 bis WS 1997/98
Physikum am 28.03.1994 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Mannheim/Heidelberg
Praktisches Jahr in Mannheim
Staatsexamen am 14.05.1998 an der Universität Mannheim/Heidelberg

Promotionsfach: Frauenheilkunde
Doktormutter: Frau Prof. Dr. med. I. Gerhard

Die vorliegende Arbeit stellt eine Pilotstudie zum Thema klassisch homöopathische Therapie bei männlichen Fruchtbarkeitsstörungen dar. Von März 1993 bis Dezember 1995 wurden 45 subfertile Männer durchschnittlich 10,3 Monate (6-21,5 Monate) mit homöopathischen Einzelmitteln unter Spermioqrammkontrolle behandelt.

Zu den Eingangsvoraussetzungen zählten zwei aktuelle pathologische Spermioqramme, ein >2 Jahre bestehender unerfüllter Kinderwunsch, ein mindestens dreimonatiges therapiefreies Intervall, der Ausschluß schwerer Allgemeinerkrankungen und toxischer Einflüsse sowie die Patientenzustimmung. Als Hauptzielvariablen wurden Spermindichte, Propulsivmotilität und die daraus berechnete Dichte gut propulsiv beweglicher Spermien gewählt. Zu den Begleitkriterien zählten Verbesserungen anderer Spermioqrammvariablen, der Hormonwerte und der Begleitbeschwerden sowie die Schwangerschaftsrate, Drop-out Rate und Akzeptanz. Die Therapiedauer betrug mindestens sechs Monate, wobei im 6-Monatsspermioqramm keine Unterschiede der Spermioqrammveränderungen feststellbar waren zwischen den Patienten, die sechs Monate und jenen, die länger behandelt wurden.

Die Eingangsuntersuchung umfaßte das homöopathische Erstgespräch, eine andrologische und eine Umweltanamnese. Die Behandlungen erfolgten im Abstand von vier bis acht Wochen, die Spermioqrammkontrollen im Abstand von drei Monaten.

52 der 82 Männer, die wegen Fertilitätsstörungen vorstellig wurden, konnten in die Studie aufgenommen werden. sieben Patienten brachen die Behandlung vorzeitig ab.

Das Durchschnittsalter der 45 subfertilen Männer betrug 35,5 Jahre, das der Partnerinnen 33 Jahre, wobei 40 % der Frauen selbst behandlungsbedürftige Fertilitätsstörungen aufwiesen. Die Paare litten im Mittel seit 4,3 Jahren an einem unerfüllten Kinderwunsch

75,6 % der Männer wurden wegen Fruchtbarkeitsstörungen im Durchschnitt bereits 11,8 Monate andrologisch therapiert, zusätzlich bestanden bei 66,7% Vorerkrankungen der Genitalorgane.

Die Anamnese erbrachte in 75,6 % Amalgamzahnfüllungen (durchschnittlich neun Stück), in 73,3 % regelmäßigen Alkoholkonsum (Durchschnitt: 50 g/d), in

24.4% der Patienten einen durchschnittlichen Tageskonsum von 11 Zigaretten und in 88.9% regelmäßigen Kaffee-/Teekonsum (durchschnittlich 0,75 l/d).

Für die Zielvariablen Spermiedichte, Gute Progressivbeweglichkeit und Dichte gut beweglicher Spermien wurde die prozentuale Differenz zwischen den Ausgangswerten und den Kontrollmessungen der einzelnen Therapiezeitpunkte berechnet und mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben geprüft. Die Angaben beziehen sich aufgrund der Verteilung jeweils auf den Median.

Die gefundenen Unterschiede können nur Hinweise auf mögliche Effekte sein, die angegebenen p-Werte haben deskriptiven Charakter.

Im Beobachtungszeitraum fand sich für das Gesamtkollektiv im Vergleich zu den Spermioграмmwerten vor der Therapie ein deutlicher Anstieg der Variablen *Spermiedichte*, *Progressivbeweglichkeit* und der daraus *berechneten Dichte gut beweglicher Spermien*, mit einem Maximum nach 12 Monaten.

Die Progressivmotilität und die Spermiedichte bildeten die Schwerpunkte der Spermioграмmpathologie dieses Kollektivs. In den diagnostischen Untergruppen mit OA-Syndrom (n=27), schwerem OA-Syndrom (n=20) und isolierter Asthenozoospermie (n=18) fand sich der ausgeprägteste Anstieg für die jeweiligen pathologischen Ausgangsgrößen.

Die Variablen Morphologie und Seminalvolumen wiesen im Gesamtkollektiv keine wesentlichen Veränderungen auf, wobei für das Seminalvolumen aufgrund normaler Ausgangswerte kein Behandlungsbedarf bestand. Von 7 Patienten mit erniedrigter Ausgangsmorphologie normalisierten sich bei 3 Patienten die Werte unter der Therapie. Die Werte der Spermiovitalität des Gesamtkollektivs zeigte erst zum Zp 12 Monate einen Anstieg, während die Gruppe der Männer mit erniedrigter Ausgangsvitalität der Spermien einen Anstieg der Spermiovitalität über den gesamten Zeitraum erkennen ließ.

Bei der Untergruppenanalyse fand sich eine geringere Steigerung der Dichte gut propulsiv beweglicher Spermien nach sechs Monaten bei Rauchern, Patienten mit >5 Amalgamzahnfüllungen, bei einer Exposition gegenüber Chemikalien, Strahlen, Hitze und Lärm am Arbeitsplatz, bei regelmäßigem Alkoholkonsum >30g/d, bei Patienten mit entzündlichen Vorerkrankungen der Genitalorgane und pathologischen Prolaktinausgangswerten. Dagegen konnte für die Gruppe oberhalb der 50. Perzentile der Kinderwunschdauer (>4 Jahre) sowie die Patientengruppe, in der Schwangerschaften eintraten, ein ausgeprägterer Anstieg gegenüber den entsprechenden Vergleichsgruppen beobachtet werden. Die Überprüfung des Einflusses der genannten anamnestischen Faktoren auf die Dichte guter Progressivbeweglichkeit mittels multivariater Regressionsanalyse ließ keine wesentlichen Unterschiede erkennen.

Die Begleitbeschwerden waren, gemessen am Median der prozentualen Veränderung, über die gesamte Therapiedauer rückläufig. Das Maximum der Veränderung lag bei sechs bzw. neun Monaten und trat somit früher auf als das der Spermioграмmwerte.

Bei der Analyse der Hormonwerte fiel eine Normalisierung erhöhter FSH- und Estrogenwerte auf. Ein Prolaktinanstieg, der mit einem Anstieg der Spermienbeweglichkeit positiv korrelierte, ließ sich aus der Untersuchung nicht erklären.

Von den acht Schwangerschaften (17.8 %), die während der Behandlungsphase bei sieben Paaren eintraten, führten fünf zur Geburt von sechs gesunden Kindern

und drei zu Fehlgeburten. Die eher niedrige Schwangerschaftsrate war aufgrund der sehr unterschiedlichen gynäkologischen Voraussetzungen schwer zu beurteilen.

Es kamen insgesamt 26 verschiedene homöopathische Mittel zur Anwendung, die nach dem Gesamtbild der individuellen Symptome gewählt wurden. Die am häufigsten verordneten Mittel sind den homöopathischen Polykresten zuzurechnen, sodaß sich keine bewährten Mittel benennen ließen. Nach Lage des Falls wurden die Mittel in unterschiedlichen Potenzstufen verschrieben mit einem Schwerpunkt bei den LM-Potenzen. Bei einigen Patienten mußten die Mittel aufgrund intercurrierender Erkrankungen und homöopathischer "Erstreaktionen" häufiger gewechselt werden.

Die Akzeptanz dieser gesprächsintensiven Therapie wurde als gut und die Verträglichkeit der Medikamente als sehr gut beurteilt. Es traten unter der Behandlung keine neuen Beschwerden auf. Die kurzzeitigen Verschlechterungen der Begleitbeschwerden wurden als homöopathische Erstreaktionen gewertet.

In der vorliegenden Studie konnte ein deutlicher Anstieg der Spermiedichte und Motilität unter homöopathischer Behandlung beobachtet werden. Inwieweit die nachgewiesenen Effekte Wirkungen der homöopathischen Therapie sind, kann mit dieser Pilotstudie nicht geklärt werden. Grundsätzlich sind beispielsweise ein positiver Einfluß der umfassenden Auseinandersetzung mit der persönlichen Problematik alleine sowie Placebowirkungen denkbar. Zur weiteren Überprüfung der Wirksamkeit der homöopathischen Therapie bei männlichen Fertilitätsstörungen scheint es aufgrund der vorliegenden Ergebnisse sinnvoll eine randomisierte therapiekontrollierte klinische Studie im Parallelgruppen-Design mit dem Hauptzielkriterium 'Dichte propulsiv beweglicher Spermien' über neun Monate durchzuführen (138 Patienten pro Gruppe mit $\alpha=0.05$ und $\beta=0.1$ bei einem Unterschied der Erwartungswerte von mindestens $1/4$ Standardabweichung und einer Standardabweichung von 6.75 Mill/ml; relevanter Therapieunterschied: eine durchschnittlich um 2 Mill/ml größere Dichte gut beweglicher Spermien).