

# Infantile Gebärmutter und Unfruchtbarkeit, behandelt mit individualisierter klassischer Homöopathie, zwei Fallberichte

Seema Mahesh<sup>1\*</sup>, Tamara Denisova<sup>2, 3</sup>, Liudmila Gerasimova<sup>4, 5</sup>, Nadezhda Pakhmutova<sup>6</sup>, Nadezhda Kubasheva<sup>7</sup>, George Vithoulkas<sup>8, 9</sup>

1. Medizinische Fakultät, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Taylor's University, Malaysia
2. SAI FPE „Institut für postgraduale Ärzteausbildung“, Tschuwaschien Gesundheitsministerium, Tscheboksary, Russische Föderation
3. Staatliche Universität Marija
4. Staatliche Haushaltsanstalt für Gesundheitswesen „Stadtklinikum Vinogradow V.V.“ des Gesundheitsministeriums von Moskau, Moskau, Russische Föderation
5. Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie des Medizinischen Instituts für Weiterbildung der staatlichen staatlichen Haushaltsbildungseinrichtung für Hochschulbildung, „Moskauer Staatliche Universität für Lebensmittelproduktion“, Moskau, Russische Föderation Föderation
6. Homöopathisches Zentrum „Zdorov'ye“, Russische Föderation
7. Klinik von Nadezhda Kubasheva, Moskau, Russische Föderation
8. Universität der Ägäis, Syros, Griechenland
9. Internationale Akademie für Klassische Homöopathie, Griechenland

## \*Korrespondierender Autor

Medizinische Fakultät, Fakultät für Gesundheits- und Medizinwissenschaften, Taylor's University, Malaysia

Tel.: +60 0123809077; E-Mail: bhatseema@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-4765-5595

**Laufender Titel:** Unfruchtbarkeit und Homöopathie, Fallberichte

Finanzielle Unterstützung: Keine

## ZUSAMMENFASSUNG

Angeborene Gebärmutterfehlbildungen sind eine der Hauptursachen für weibliche Unfruchtbarkeit. Müllersche Ganganomalien, darunter eine Uterushypoplasie, die durch Wachstumsverzögerungen der Gebärmutter und in manchen Fällen durch eine vollständige Aplasie gekennzeichnet ist, stellen eine Herausforderung in der Behandlung dar. Im Folgenden werden zwei Fälle von Uterushypoplasie vorgestellt, bei denen sich die klassische Homöopathie bei zwei Frauen mit Unfruchtbarkeit aufgrund einer Uterushypoplasie als hilfreich erwies. Die Frauen litten zusätzlich an weiteren komplizierenden Begleiterkrankungen wie Hypothyreose und Eierstockzysten. Die Behandlung führte in beiden Fällen zur Empfängnis und normalen, termingerechten Geburten gesunder Babys. Eine individualisierte klassische Homöopathie kann bei Unfruchtbarkeit aufgrund einer Uterushypoplasie hilfreich sein, bedarf jedoch weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen.

**SCHLÜSSELWÖRTER** – Unfruchtbarkeit, Uterushypoplasie, Schilddrüsenunterfunktion, Ovarialzyste, Homöopathie

## Einleitung

Unfruchtbarkeit, diagnostiziert durch das Ausbleiben einer klinischen Schwangerschaft nach zwölf Monaten ungeschützten regelmäßigen Geschlechtsverkehrs, nimmt zu. Sie betrifft fast 8 bis 12 % der Paare, und die globale Belastung steigt jährlich bei Frauen um 0,37 % und bei Männern um 0,291 %<sup>1,2</sup>. Hauptsächlich beeinflusst durch die Dauer der Schwangerschaftsverhütung, das Alter der Partnerin und systemische Erkrankungen, ist Unfruchtbarkeit in 20–30 % der Fälle rein männlich, insgesamt jedoch zu gleichen Teilen bei beiden Partnern<sup>3</sup>.

Hormonelle Störungen, hypogonadotroper Hypogonadismus, Störungen der Ziliarfunktion, anatomische Obstruktionen und Deformitäten, Ovarialinsuffizienz, polyzystisches Ovarialsyndrom, Uterusmyome, testikuläre und posttestikuläre Insuffizienz, Spermienmangel, systemische Erkrankungen und Blutsverwandtschaft sind einige der wahrscheinlichen Ursachen für Unfruchtbarkeit.<sup>3</sup> Psychischer Stress, der den Hormonhaushalt beeinflusst, wird als Ursache für Unfruchtbarkeit angesehen.<sup>1</sup> Oftmals lässt sich keine solche Ursache feststellen, was als ungeklärte Unfruchtbarkeit bezeichnet wird.

Angeborene Gebärmutterfehlbildungen, deren Prävalenz auf 7 % geschätzt wird, sind mit negativen Schwangerschaftsausgängen, einschließlich Unfruchtbarkeit, verbunden.<sup>4</sup> Die häufigsten davon sind Müller-Gang-Anomalien, von denen eine Gebärmutterhypoplasie relativ selten ist und die Aussichten auf eine spontane Schwangerschaft verringert.<sup>5,6</sup> Eine Gebärmutterhypoplasie (Abb. 1) ist durch eine Verkümmerng des Gebärmutterwachstums und in einigen Fällen eine vollständige Aplasie gekennzeichnet. Sie wird in der Regel erkannt, wenn Paare nicht schwanger werden.<sup>7</sup>

Manche Frauen klagen jedoch auch über Metrorrhagie und frühe Aborte.<sup>7</sup>

In der klinischen Praxis zeigt sich häufig, dass Reproduktionsstörungen nicht isoliert auftreten und eine Gebärmutterhypoplasie oder ein infantiler Uterus in Kombination mit Erkrankungen wie Schilddrüsen-, PCOD- oder Beckenentzündungen die Situation zusätzlich erschweren kann.

Die Literatur zur Behandlung der Gebärmutterhypoplasie ist spärlich. Eine Studie berichtete über eine assistierte Schwangerschaft bei einer Frau mit infantiler Gebärmutter (aufgrund einer Oophoritis post Mumps) nach einer Behandlung mit niedrig dosierten Kontrazeptiva vom 19. bis zum 30. Lebensjahr.<sup>8</sup>

Die graue Literatur nennt einige Fälle von homöopathischer Hilfe bei infantiler Gebärmutter, während die Zahl bei allgemeiner Unfruchtbarkeit viel höher ist.<sup>9,10</sup>

Wir stellen zwei Fälle von Gebärmutterhypoplasie vor, die mit individueller klassischer Homöopathie zu einer normalen Schwangerschaft und Geburt führten.

## Fallberichte

### Fall 1

Fallpräsentation:

Am 02.02.2018 suchte eine 24-jährige Frau einen homöopathischen Arzt wegen unregelmäßiger Menstruation und ausbleibender Empfängnis trotz dreijährigem regelmäßigen Geschlechtsverkehrs auf.

**Anamnese:** Chronische Mandelentzündung im Kindesalter, chronische Pyelonephritis, Blasenentzündung mit häufigen Exazerbationen seit einigen Jahren.

**Familienanamnese:**

Die Mutter leidet unter Bluthochdruck, chronischer Mandelentzündung und chronischer Pyelonephritis.

**Gynäkologische Vorgeschichte:**

Sie erreichte ihre Menarche im Alter von 13 Jahren und ihre Menstruation war seitdem unregelmäßig (45 bis 55 Tage) mit starken Blutungen. Sie nahm krampflösende Mittel gegen Menstruationsbeschwerden ein.

Sexuell aktiv seit ihrem 17. Lebensjahr (bisher zwei Partner). Sie ist seit drei Jahren verheiratet und hat regelmäßig ungeschützten Geschlechtsverkehr.

**Diagnostik:**

Klinische Untersuchung durch einen Gynäkologen: Die Patientin war untergewichtig und hatte schlecht entwickelte sekundäre Geschlechtsmerkmale, d. h. eine schlechte Entwicklung der Brustdrüsen. Eumorphes Pudendum, weibliches Haarverteilungsmuster. Die Spekulumuntersuchung zeigte rosafarbene Schleimhäute und einen konischen Gebärmutterhals. Die vaginale Untersuchung ergab einen kleinen, nach vorn geneigten, kleinen, bei Verschiebung schmerzhaften Gebärmutterkörper und normale Adnexe. Der Ausfluss ist schleimig.

Der Gynäkologe stellte die vorläufige Diagnose Genitalinfantilismus, primäre Unfruchtbarkeit und unregelmäßige Menstruation.

Die allgemeine klinische Untersuchung war unauffällig, mit Ausnahme der Schilddrüse, die vergrößert erschien, ohne Anzeichen einer Schilddrüsenüberfunktion.

Der Patientin wurde eine weitere Hormonuntersuchung und eine Ultraschalluntersuchung empfohlen.

Laboruntersuchungen zeigten einen Anstieg des Schilddrüsen-stimulierenden Hormons (TSH), einen Rückgang des Östriols, des luteinisierenden Hormons (LH) und einen Anstieg des Prolaktins (Tabelle 1).

Die Spermienuntersuchung ihres Mannes war unauffällig.

<b>Diagnostic Test</b>	<b>Result</b>	<b>Reference range</b>
TSH	6.1 mcMU/L	0.4–4 mcMU/L
FSH	16.7 mMU/ml	3.5–12.5 mMU/ml
LH	0.938 mMU/ml	1.59–14.9 mMU/ml
Estriol	10.2 ng/L	15–60 ng/L
Anti-Müllerian Hormone	3.2 ng/ml	1.88–7.29 ng/ml
Prolactin	657 mcMU/ml	102–496 mcMU/ml
Ultrasound scan pelvis	Multifollicular ovaries. Signs of chronic inflammation in the small pelvis.	

**Table.1. Diagnostic test results of Case 1 at initial consultation**

**TSH: thyroid stimulating hormone; FSH: follicle stimulating hormone;**

**LH: luteinizing hormone**

**Tabelle 1.** Diagnostische Testergebnisse von Fall 1 bei der Erstkonsultation

TSH: Schilddrüsenstimulierendes Hormon; FSH: Follikelstimulierendes Hormon;

LH: Luteinisierendes Hormon

Unregelmäßige Menstruation (ICD 10 – N 92.6). Primäre Unfruchtbarkeit

(ICD 10 – N 97.9) und Uterushypoplasie (ICD 10 – Q51.811).

Die Patientin wird zu einer Konsultation an eine homöopathische Klinik überwiesen.

#### **Homöopathische Konsultation:**

Neben den Beschwerden über Unfruchtbarkeit, unregelmäßige und schmerzhafte Menstruation wurden die psychischen Merkmale der Frau untersucht und die relevanten Symptome gemäß den individualisierenden Prinzipien der klassischen Homöopathie repertorisiert. Abb. 2 zeigt die bei der Erstkonsultation berücksichtigten Symptome und das Ergebnis dieser Analyse mit der Vithoukcas Compass Repertorisierungssoftware.

| MATERIA MEDICA & CLINICAL CASES |

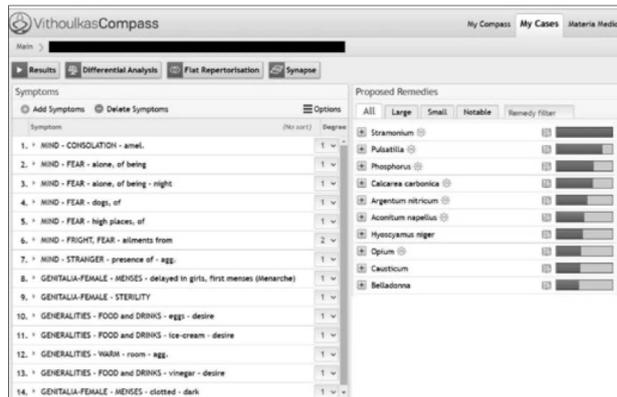


Abb. 2, Erstkonsultation

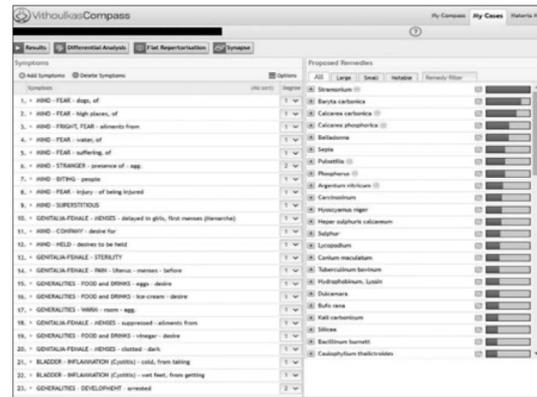


Abb. 3, Konsultation vom 13.2.2019

Datum	Konsultation	Beobachtungen	Untersuchungen	Diagnose	Medikamente
02.02.2018 (1. Konsultation)	Gynäkologe	Unregelmäßige, starke und schmerzhafte Menstruation und keine Empfängnis. Verspätete Menstruation um 45–55 Tage.	Erhöhter TSH-Spiegel, niedriges Östriol, niedriges LH und erhöhter Prolaktinspiegel.	Unregelmäßige Menstruation, primäre Unfruchtbarkeit und Uterushypoplasie.	Konventionelle Spasmolytika und Schmerzmittel bei schmerzhafter Menstruation
11.03.2018 (1. Konsultation) eine Dosis	Homöopath	Unregelmäßige, starke und schmerzhafte Menstruation und keine Empfängnis. Patientin weint viel und sucht Trost. Sie hat aufgrund vergangener Ereignisse große Ängste.			Stramonium C200, 3 Globuli;
18.10.2018	Gynäkologe	Der Menstruationszyklus dauert 36–40 Tage. Die Dysmenorrhoe hat abgenommen. Die Exazerbationen der Blasenentzündung haben abgenommen.	Der onkozytologische Abstrich zeigt ein Histogramm der Entzündung; eine erhöhte Menge an Mikroflora und Leukozyten ist nachweisbar.	Keine Veränderung.	
22.10.2018	Homöopath	Der Menstruationszyklus hat sich von 45 auf 35 Tage verkürzt. Die Dysmenorrhoe besteht weiterhin, aber die Intensität hat abgenommen. Ihr Energielevel ist viel besser als zuvor, ihr Gedächtnis hat sich verbessert. Sie lebte trotz ihrer Verheiratung bei ihrer Mutter. Jetzt kann sie wieder zu ihrem Mann ziehen. Das Weinen hat abgenommen.			Stramonium 1M, 3 Globuli; Eine Dosis
13.02.2019	Homöopath	Allgemeine Besserung und Abnahme der Reizbarkeit.			Pulsatilla C200,

		Regelmäßige Menstruation mit 35-Tage-Zyklus. Sie berichtete von einer akuten viralen Atemwegsinfektion mit 37,5 °C Fieber, die drei Tage lang anhielt. Es wurden keine Medikamente eingenommen. Anschließend trat fünf Tage lang ein Scheidenpilz mit weißlichem Ausfluss und leichtem Juckreiz auf, der ohne Medikamente abklang. Sie benötigte keine Medikamente gegen ihre schmerzhafte Menstruation. Harnwegsinfekte haben sich verringert. Neue Symptome erfordern eine erneute Repertorisation (Abb. 3).			3 Globuli einmal täglich, drei Dosen.
12.04.2019	Gynäkologe	Menstruationszyklus – 30–35 Tage. Übermäßige Blutungen und Dysmenorrhoe haben sich verringert. Keine krampflösenden Mittel während der Menstruation erforderlich. Keine Empfängnis.	Ultraschall ergab Eindrücke der proliferativen Phase des Menstruationszyklus. Onkozytologischer Abstrich und Mikroflora waren normal.	Keine Veränderung.	
22.11.2019	Homöopath	Allgemeine Besserung. Ängste haben abgenommen. Der Menstruationszyklus ist regelmäßig und schmerzlos. Anstieg der Basaltemperatur in der Zyklusmitte, da die Patientin begonnen hat, diese zu messen.			Pulsatilla C200, 3 Dosen 3 Globuli
04.12.2020	Labor		Ultraschall der Gebärmuttergröße: A-P: 27 mm   (N – 30–45 mm); Länge: 41 mm   (N – 45–50 mm); Diagonale: 31 mm   (N – 35–50 mm); Verhältnis von Gebärmutterkörper und Gebärmutterhals: 3:1   (N – 2: 1); Endometriumdicke: 4 mm (N – über 6 mm).		
12.02.2020	Gynäkologe:	Die Zyklusdauer beträgt 28–30 Tage.	Ultraschalluntersuchungen der Gebärmutter und Eierstöcke zeigen Anzeichen eines dominanten	Keine Veränderung.	

			Follikels im rechten Eierstock.		
12.06.2020	Gynäkologe:	Verspätete Menstruation.	Schwangerschaftstest positiv.	Diagnose: Genitalinfektion und kurze Schwangerschaftsdauer.	Ultraschall wird in 2 Wochen und eine Betreuung in der Schwangerschaftsvorsorge empfohlen
24.08.2020	Homöopath:			Schwangerschaft wurde diagnostiziert.	Behandlung abgebrochen. Patientin wird gebeten, bei jeglichen Symptomen einen Arzt aufzusuchen

### Verordnung und Nachuntersuchung:

Am 3.11.2018 wurde der Patientin eine Dosis Stramonium C200, 3 Globuli, sublingual verschrieben. Die Nachuntersuchung ist in Tabelle 2 aufgeführt.

### Ergebnis:

Die letzte Menstruation fand am 5.10.2020 statt, bevor zwei Monate später eine Schwangerschaft diagnostiziert wurde. Sie hatte eine gesunde Schwangerschaft und brachte zum errechneten Termin ein gesundes Baby zur Welt.

## Fall 2

### Fallvorstellung:

Eine 20-jährige Frau klagte über ausbleibende Empfängnis, trotz fünf Jahren regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs mit demselben Partner.

### Vorgeschichte:

Bei ihr wurde eine Autoimmunthyreoiditis diagnostiziert, und sie nahm Levothyroxin ein. Außerdem wurden Eierstockzysten diagnostiziert, die jedoch nicht behandelt wurden. Zum Zeitpunkt der Konsultation lagen keine aktuellen Schilddrüsenuntersuchungen vor.

### Anamnese:

Die Patientin litt bis zum Alter von 15 Jahren wiederholt an akuten Atemwegsinfekten mit hohem Fieber.

### Familienanamnese:

Ihr Vater litt an einem Magengeschwür, ihre Großmutter väterlicherseits hatte einen leichten Gebärmuttervorfall, und bei ihrem Großvater väterlicherseits wurde Parkinson diagnostiziert. Ihre Mutter

hatte eine zervikale Dysplasie und Polypen. Die Großmutter mütterlicherseits verstarb im Alter von 57 Jahren an alkoholbedingter Leberzirrhose und Diabetes mellitus. Anschließend erkrankte der Großvater mütterlicherseits an Kehlkopfkrebs, an dem er im Alter von 70 Jahren verstarb.

### **Gynäkologische Anamnese:**

Sie erreichte ihre Menarche im Alter von 13 Jahren, und ihre sekundären Geschlechtsmerkmale waren gut entwickelt. Es gab von Anfang an Zyklusprobleme:

unregelmäßige Perioden, die 2–3 Monate lang ausblieben;  
Schmerzhafte Menstruation mit starken Schmerzen am ersten Tag (sie nahm jedoch keine Schmerzmittel, da sie ihnen gegenüber negativ eingestellt war). Die Menstruation war stark und langanhaltend.

Im Alter von 19 Jahren wurde bei ihr eine Eierstockzyste und Flüssigkeit im Douglas-Raum diagnostiziert.

### **Diagnostik:**

Ultraschalluntersuchungen von Bauch und Becken zeigten eine kleine Gebärmutter (4,6 x 2,8 x 4,2 cm) und Verwachsungen im Beckenbereich.

Ihr wurde geraten, sich auf sexuell übertragbare Infektionen untersuchen zu lassen und ein Hormonprofil erstellen zu lassen, was sie jedoch nicht tat. Ihr wurde eine Hormontherapie und regelmäßige gynäkologische Untersuchungen empfohlen, sie entschied sich jedoch stattdessen für homöopathische Behandlungen.

### **Diagnose:**

Primäre Unfruchtbarkeit (ICD 10 – N 97.9), Uterushypoplasie (ICD 10 – Q51.811), Autoimmunthyreoiditis (ICD 10 – E06.3).

### **Homöopathische Beratung:**

In diesem Fall hatte die Frau außer der infantilen Gebärmutter keine weiteren Beschwerden. Das homöopathische Repertorium bietet die in diesem Fall indizierten Mittel unter der Rubrik Entwicklungsstillstand. Das wichtigste Mittel hierfür ist Baryta carbonica.

### **Verschreibung und Verlauf:**

Baryta carbonica C200 wurde am 30.06.2014 verschrieben.  
Der Verlauf ist in Tabelle 3 aufgeführt.

### **Ergebnis:**

Acht Monate nach Beginn der homöopathischen Behandlung wurde sie schwanger.

Eine Ultraschalluntersuchung am 05.08.2015 ergab eine Schwangerschaft von 25 Wochen, wobei alle Parameter normal waren.

Eine Ultraschalluntersuchung am 25.10.2015 ergab eine Schwangerschaft von 33 Wochen mit einem normalen weiblichen Fötus.

Die Frau brachte am 23.11.2015 in der 40. Woche ein gesundes Mädchen zur Welt.

Die Patientin hatte eine gesunde zweite Schwangerschaft und brachte am 09.07.2019 in der 41. Woche einen Jungen zur Welt.

Nach der zweiten Entbindung hatte sie keine Zyklusunregelmäßigkeiten mehr und auch keine Menstruationsschmerzen.

Datum	Konsultation	Beobachtungen	Untersuchungen	Diagnose	Medikament
29.07.2014	Homöopath	Allgemein guter Gesundheitszustand, keine neuen Beschwerden	Keine		Baryta carbonica C200 eine Dosis
19.09.2014	Homöopath	Allgemein guter Gesundheitszustand, keine neuen Beschwerden	Keine		Baryta carbonica C200 eine Dosis
04.11.2014	Homöopath		Keine		Baryta carbonica C200 eine Dosis
26.12.2014	Homöopath	Allgemein guter Gesundheitszustand, keine neuen Beschwerden	Keine		Baryta carbonica C200 eine Dosis
28.03.2015		Schwangerschaft bestätigt.	Schwangerschaftstest.	Schwangerschaft in der 6.–7. Woche.	Keine
05.08.2015	Gynäkologe		Ultraschalluntersuchung (Ultraschall) von Abdomen und Becken	Schwangerschaft in der 25. Woche; Alle Parameter normal:	Keine
25.10.2015	Gynäkologe		Ultraschalluntersuchung von Bauch und Becken	Schwangerschaft in der 33. Woche mit normalem weiblichen Fötus	Keine

Tabelle 3: Verlauf von Fall 2 während der homöopathischen Behandlung

## Diskussion:

Die klassische Homöopathie betrachtet den menschlichen Organismus als ein ganzheitliches Wesen, das aus den physischen, emotionalen und mentalen Fähigkeiten in dieser aufsteigenden Hierarchie besteht. Der Organismus ist in der Regel als Ganzes betroffen, selbst wenn sich die offensichtliche Pathologie auf eine dieser Ebenen konzentriert.<sup>12</sup>

In der Immunologie gibt es zahlreiche Belege für die systemische Beteiligung an chronischen Entzündungskrankheiten und die Veränderung der mentalen und emotionalen Eigenschaften während solcher Erkrankungen.<sup>13,14</sup>

Die Homöopathie passt die Behandlung an dieses ganzheitliche Krankheitsbild an und stärkt die körpereigene Immunstrategie zur Überwindung der Krankheit.<sup>12</sup>

Daher werden je nach individuellem Fall unterschiedliche Verschreibungsstrategien angewendet.

Im ersten Fall lag eine systemische Beteiligung mit einer leicht hypoplastischen Gebärmutter, hormonellen Unregelmäßigkeiten, schmerzhafter Menstruation und emotionalen Störungen vor. Eine tiefergehende und längerfristige Behandlung, die auf der Gesamtheit der Symptome basierte, war erforderlich. Der zweite Fall wies keine systemische Beteiligung auf und erforderte lediglich eine pathologiebasierte Verordnung. Innerhalb kurzer Zeit wurde ein positiver Behandlungsverlauf erzielt.

Die Hauptstütze der konventionellen Behandlung bei Unfruchtbarkeit mit Uterushypoplasie ist die Hormontherapie, und selbst dann sind die Ergebnisse nicht gesichert. Ein weiteres, komplizierendes hormonelles Ungleichgewicht der Schilddrüse und der Eierstöcke wäre in diesem Fall eine echte Herausforderung gewesen. Wir sehen, dass die Ultraschalluntersuchung der Frau trotz allem eine Entwicklung von einem multifollikulären Erscheinungsbild zu einem Erscheinungsbild mit einem dominanten Follikel zeigte, gefolgt von einer erfolgreichen Schwangerschaft (Tabelle 2). Im zweiten Fall war die Hypoplasie bemerkenswert (2,8 cm in einer Dimension), und die Chance auf eine erfolgreiche Schwangerschaft schien ohne Hormontherapie gering<sup>8</sup>. Nach der Behandlung brachte sie erfolgreich zwei Kinder zur Welt. Obwohl die Behandlung von Unfruchtbarkeit in den letzten zehn Jahren große Fortschritte gemacht hat<sup>15,16</sup>, ist eine weniger invasive Methode mit möglichst geringen Nebenwirkungen wünschenswert. Nach wissenschaftlichen Untersuchungen zur Bestätigung der Wirksamkeit könnte die klassische Homöopathie eine solche Option sein.

Criteria	Y	N	Not sure/NA	Case 1	Case 2
1. Was there an improvement in the main symptom or condition for which the homoeopathic medicine was prescribed?	2	-1	0	2	2
2. Did the clinical improvement occur within a plausible time frame relative to the drug intake?	1	-2	0	1	1
3. Was there an initial aggravation of symptoms?	1	0	0	0	0
4. Did the effect encompass more than the main symptom or condition, that is, were other symptoms ultimately improved or changed?	1	0	0	1	0
5. Did overall well-being improve?	1	0	0	1	1
6 (A) <i>Direction of cure</i> : did some symptoms improve in the opposite order of the development of symptoms of the disease?	1	0	0	0	0
6 (B) <i>Direction of cure</i> : did at least two of the following aspects apply to the order of improvement of symptoms: – from organs of more importance to those of less importance; – from deeper to more superficial aspects of the individual; – from the top downwards?	1	0	0	0	0
7. Did 'old symptoms' (defined as non-seasonal and non-cyclical symptoms that were previously thought to have resolved) reappear temporarily during the course of improvement?	1	0	0	0	0
8. Are there alternative causes (other than the medicine) that with a high probability could have caused the improvement (consider known course of disease, other forms of treatment and other clinically relevant interventions)?	-3	1	0	1	1
9. Was the health improvement confirmed by any objective evidence (in this case by conception)?	2	0	0	2	2
10. Did repeat dosing, if conducted, create similar clinical improvement?	1	0	0	1	1
Total				+9	+8

Supplementary table 1: MONARCH score

### Übersetzung MONARCH-Punkte-Tabelle:

1

Gab es eine Verbesserung der Hauptsymptome oder Beschwerden, für die das homöopathische Arzneimittel verschrieben wurde?

2

Ist die klinische Verbesserung innerhalb eines plausiblen Zeitrahmens im Verhältnis zur Arzneimitteleinnahme aufgetreten?

3

Gab es eine Erstverschlimmerung der Symptome?

4

Betraff die Wirkung mehr als nur die Hauptsymptome oder Beschwerden?

5

Hat sich das allgemeine Wohlbefinden verbessert?

6.A

Heilungsrichtung: Haben sich die Symptome in umgekehrter Reihenfolge wie bei der Entwicklung der Krankheit gebessert?

6.B

Richtung der Heilung: Trafen mindestens zwei der folgenden Aspekte auf die Reihenfolge der Besserung zu: Von den wichtigeren zu den weniger wichtigen Organen? Von tieferen zu oberflächlicheren Aspekten des Individuums? Von oben nach unten?

7

Traten alte Symptome während der Besserung vorübergehend wieder auf?

8

Gibt es alternative Ursachen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die Besserung verursacht haben könnten?

(Berücksichtigen Sie: bekannter Krankheitsverlauf, andere Behandlungsformen, andere klinisch relevante Informationen)

9

Wurde die gesundheitliche Besserung durch objektive Beweise bestätigt?

10

Hat eine wiederholte Gabe, sofern durchgeführt, eine vergleichbare klinische Verbesserung

bewirkt?

## Schlussfolgerungen

Die individualisierte klassische Homöopathie war bei zwei Frauen mit Uterushypoplasie und primärer Unfruchtbarkeit von Vorteil. Es besteht Bedarf, die Relevanz der klassischen Homöopathie bei dieser Erkrankung wissenschaftlich zu untersuchen.

Topic	Content	Case 1 page no	Case 1 page no
Title	The word 'case report' should be in the title along with what is of greatest interest in this case.	1	1
Keywords	The key elements of this case in 2 to 5 keywords.	1	1
Abstract	Introduction — what is unique about this case? What does it add to the medical literature? The main symptoms of the patient and the important clinical findings. The main diagnoses, therapeutic interventions and outcomes. Conclusion — what are the main 'take-away' lessons from this case?	1	1
Introduction	Brief background summary of this case, referencing the relevant medical literature.	2	2
Patient information	Demographic information (such as age, gender, ethnicity, occupation). Main symptoms of the patient (his or her chief complaints). Medical, family and psychosocial history, including co-morbidities and relevant genetic information. Relevant past interventions and their outcomes.	3	5, 6
Clinical findings	Describe the relevant physical examination (PE) findings and clinical history details (homoeopathic symptoms used for decision, etc.).	3, 4	6
Timeline	Depicts important milestones related to your diagnoses and interventions (table or figure).	Table 2	Table 3
Diagnostic assessment	Diagnostic methods (such as PE, laboratory testing, imaging, questionnaires). Diagnostic challenges (such as financial, language or cultural). Diagnostic reasoning including other diagnoses considered. Prognostic characteristics (such as staging in oncology) where applicable.	4, Table 1	5
Therapeutic intervention	Types of interventions (such as pharmacological, surgical, preventive, self-care). Type of homoeopathy: individualised. Medication(s): nomenclature (list individual prescriptions or constituents or trade names), manufacture, potency, scale and galenic form. Administration of interventions (such as dosage, strength, duration). Changes in intervention (with rationale).	4	6
Follow-up and outcomes	Clinician-and-patient-assessed outcomes. Important follow-up test results. Intervention adherence and tolerability (how was this assessed?) Adverse and unanticipated events. Objective evidence (if applicable). Occurrence of homoeopathic aggravation. Possible causal attribution of changes explicitly assessed/discussed.	Table 2	Table 3
Discussion	Discussion of the strengths and limitations in the management of this case. Discussion of the relevant medical literature. The rationale for conclusions (including assessment of possible causes). The main 'take-away' lessons of this case report.	6, 7	6, 7
Patient perspective	Did the patient share his or her perspective or experience?	Yes	Yes
Informed consent	Did the patient give informed consent? Please provide if requested.	Yes	Yes

Supplementary table 2: The HOM-CASE guideline items

## Highlights:

- Unfruchtbarkeit betrifft fast 8–12 % der Paare, und die weltweite Belastung nimmt zu.
- Anatomische Ursachen für Unfruchtbarkeit stellen eine Herausforderung für die Behandlung dar.
- Wir stellen zwei Fälle von Uterushypoplasie vor, bei denen primäre Unfruchtbarkeit diagnostiziert wurde und die unter individueller klassischer homöopathischer Behandlung zu einer normalen Schwangerschaft und Geburt führten.
- Obwohl die Behandlung von Unfruchtbarkeit in den letzten zehn Jahren große Fortschritte gemacht hat, ist eine weniger invasive Methode mit möglichst geringen Nebenwirkungen wünschenswert. Die klassische Homöopathie könnte eine solche Option sein.

**Danksagung:** Die Autoren danken den Patienten für ihre Mithilfe bei der Einverständniserklärung zur Veröffentlichung.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

**Einwilligung zur Veröffentlichung:** Die Patienten haben ihre schriftliche Einwilligung zur Veröffentlichung des Falles und der Berichte erteilt.

**Finanzierung:** Für diese Studie wurden keine Mittel bereitgestellt.

## References

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. Szkodziak F, Krzyzanowski J, Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. A systematic review. *J Int Med Res.* 2020;48(6):300060520932403. doi:10.1177/0300060520932403
- Sun H, Gong TT, Jiang YT, Zhang S, Zhao YH, Wu QJ. Global, regional, and national prevalence and disability-adjusted life-years for infertility in 195 countries and territories, 1990-2017: results from a global burden of disease study, 2017. *Aging.* 2019;11(23):10952-10991. doi:10.18632/aging.102497
- Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Biochem.* 2018;62:2-10. doi:10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012
- Jing R, Kong Y, Han G, et al. The Mutation of the Ap3b1 Gene Causes Uterine Hypoplasia in Pearl Mice. *Reprod Sci Thousand Oaks Calif.* 2020;27(1):182-191. doi:10.1007/s43032-019-00006-7
- Reyes-Muñoz E, Vitale SG, Alvarado-Rosales D, et al. Müllerian Anomalies Prevalence Diagnosed by Hysteroscopy and Laparoscopy in Mexican Infertile Women: Results from a Cohort Study. *Diagn Basel Switz.* 2019;9(4):E149. doi:10.3390/diagnostics9040149
- Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies – Akhtar – 2020 – BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology – Wiley Online Library. Accessed October 6, 2021. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15968>
- Mazouni C, Girard G, Deter R, Haumonté JB, Blanc B, Bretelle F. Diagnosis of Mullerian anomalies in adults: evaluation of practice. *Fertil Steril.* 2008;89(1):219-222. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.02.044
- Shahabi P, Asadzadeh S, Bannazadeh Baghi H, Sadeghzadeh Oskouei B. Pregnancy after mumps: a case report. *J Med Case Reports.* 2019;13(1):379. doi:10.1186/s13256-019-2271-9
9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. A Case of Infantile Uterus – Seema Mahesh. Accessed November 30, 2021. <https://hpathy.com/clinical-cases/case-infantile-uterus/>
- Kalampokas T, Botis S, Kedikianni-Antoniou A, et al. Homeopathy for infertility treatment: a case series. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2014;41(2):158-159.
- Vithoulkas G. *Vithoulkas Compass v6.0.* Published online 2021. Accessed October 6, 2021. <https://vc.vithoulkascompass.com/>
- Vithoulkas G. *The Science of Homeopathy.* B. Jain Publishers; 2002. Accessed October 6, 2021. <https://books.google.co.in/books?hl=en&lr=&id=vx>
- In Sickness and in Health: The Co-Regulation of Inflammation and Social Behavior – PubMed. Accessed October 6, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27480575/>
- D'Mello C, Swain MG. Immune-to-Brain Communication Pathways in Inflammation-Associated Sickness and Depression. *Curr Top Behav Neurosci.* 2017;31:73-94. doi:10.1007/7854\_2016\_37
- Harper JC, Aittomäki K, Borry P, et al. Recent developments in genetics and medically assisted reproduction: from research to clinical applications. *Eur J Hum Genet EJHG.* 2018;26(1):12-33. doi:10.1038/s41431-017-0016-z
- Ford EA, Beckett EL, Roman SD, McLaughlin EA, Sutherland JM. Advances in human primordial follicle activation and premature ovarian insufficiency. *Reprod Camb Engl.* 2020;159(1):R15-R29. doi:10.1530/REP-19-0201

**Dr. Seema Mahesh BHMS, MD (hom),**

Dip (IACH), MSc (Medizinwissenschaften)

E-Mail: bhatseema@hotmail.com, research@vithoulkas.com

ORCID: 0000-0002-4765-5595 | Scopus

ID: 57196454216 | Google Scholar

Profil: <https://scholar.google.co.in/citations?user=pqSpjn0AAAAJ&hl=en&oi=ao>

| Research Gate-Profil: <https://www.researchgate.net/profile/Seema-Mahesh> |

Publons-Profil: <https://publons.com/researcher/1377635/seema-mahesh/>

Dr. Seema Mahesh ist eine Schülerin von Professor George Vithoulkas und eine renommierte klassische Homöopathin aus Bangalore, Indien. Sie ist außerdem Forschungsdirektorin der Internationalen Akademie für Klassische Homöopathie in Alonissos, Griechenland. Nach ihrer Masterausbildung in Cochrane-Methoden für systematische Reviews freut sie sich nun auf ihre Promotion in Medizinwissenschaften.

Sie hat über 20 peer-reviewte Veröffentlichungen in renommierten Fachzeitschriften veröffentlicht und zahlreiche Forschungsposter und Keynotes auf schulmedizinischen Konferenzen zu Immunologie und chronischen Entzündungen gehalten, unter anderem in Brooklyn (New York), Fidschi, Stockholm (Schweden), Dublin (Irland), Amsterdam (Niederlande), London (Großbritannien), Madrid (Spanien), Vancouver (Kanada) und Tel Aviv (Israel). Zur Homöopathie hielt sie Vorträge in Neu-Delhi (Indien), Digha (Indien) und Istanbul (Türkei).

Für ihr Forschungsposter wurde sie auf der Konferenz „Bewegung – Gehirn – Körper – Kognition“ der Harvard Medical School (USA) mit dem „Zertifikat für Exzellenz“ ausgezeichnet. Sie ist für ihre Lehrtätigkeit bekannt und hat auf globalen Plattformen in den USA, Mexiko, Griechenland, Brasilien, der Türkei, Thailand, Malaysia, Israel, Ägypten und Indien vor Publikum aus aller Welt Homöopathie und Forschung gelehrt.