



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI**  
**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

---

**Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Materno Infantili**

**Sezione di Ginecologia e Ostetricia**

Direttore: Prof. Salvatore Dessole

---

**Dottorato di Ricerca in Scienze Uroginecologiche, di Fisiopatologia del  
Pavimento Pelvico ed Infertilità Maschile**

Coordinatore: Prof. Salvatore Dessole

**MESOGLICANO ENDOVESCICALE NEL TRATTAMENTO  
DELLA “PAINFUL BLADDER SYNDROME” (PBS) FEMMINILE:  
ESPERIENZA PRELIMINARE IN UNA SINGOLA ISTITUZIONE**

Coordinatore e Tutor Dottorato di Ricerca:  
Chiar.mo Prof. *Salvatore Dessole*

**Tesi di Dottorato del  
Dott. *Davide Brotza***

XXI Ciclo  
A.A. 2005/2006

# **INTRODUZIONE**

## **1. La Painful Bladder Syndrome (PBS)**

### **a) Definizione**

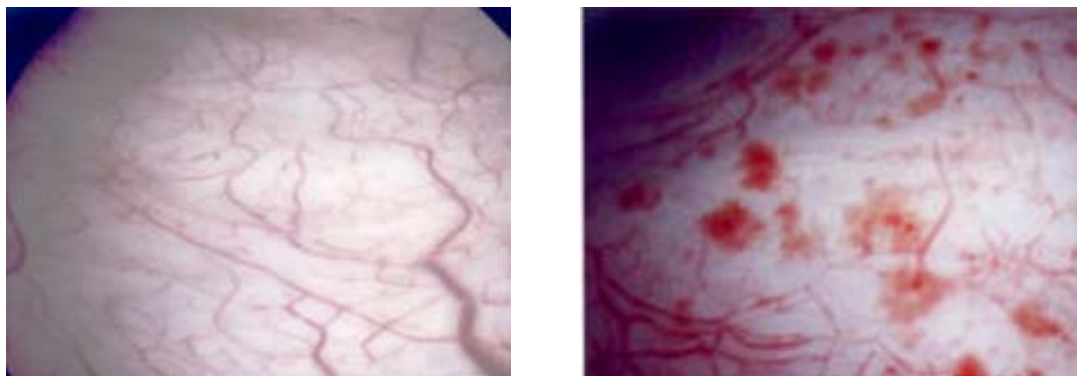
L'espressione "painful bladder" fu introdotta per la prima volta nel 1951 da Bourque et al. [1]. Nel 1987 Holm-Brentzen et al. descrissero la Painful Bladder Syndrome (PBS) come un'entità nosologica con le stesse caratteristiche della cistite interstiziale [2].

I protocolli di standardizzazione della terminologia del basso tratto urinario elaborati dall'International Continence Society nel 1976 e nel 1988 non riportavano l'espressione Painful Bladder Syndrome che fu introdotta dallo Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society (ICS) nel protocollo del 2002. Nel suo report conclusivo, l'organo ufficiale dell'ICS,

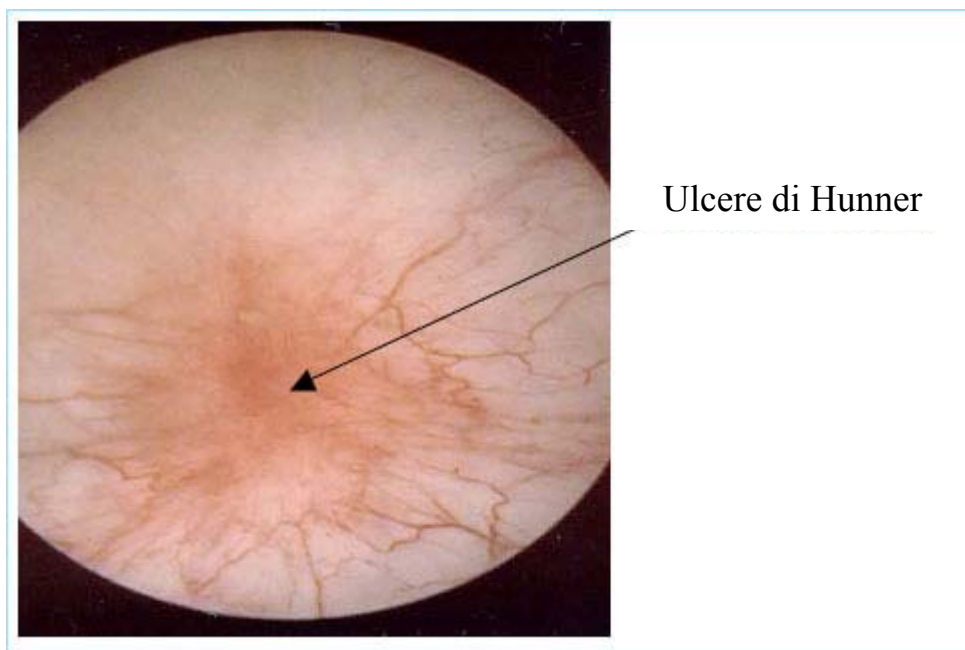
definiva la PBS come un “complesso sintomatologico caratterizzato dall’associazione di dolore sovrapubico correlato al progressivo riempimento vescicale, pollachiuria e nicturia in assenza di infezione urinaria o altra evidente patologia”. Il documento presentava inoltre una nota che definiva la Cistite Interstiziale (Interstitial Cystitis - IC) come una condizione sovrapponibile alla PBS per sintomatologia disurica e dolore ma anche come: “diagnosi specifica” che “necessita di conferma attraverso i tipici riscontri cistoscopici ed istologici” [3]: ulcere di Hunner e glomerulazioni vescicali indotte dall’idrodistensione (vedi figura 1).

Una recente revisione della Letteratura ha mostrato che i sintomi “bladder pain” (dolore vescicale), “urgency” (urgenza minzionale), “daytime frequency” (pollachiuria) e “nighttime frequency” (nicturia) sono comuni a PBS e IC e che queste ultime rappresentano nella donna un’unica entità sintomatologica

suggerendo inoltre che la IC dovrebbe essere ricompresa nello spettro delle possibili cause di PBS [4]. Al momento attuale non vi è unanime consenso sulla definizione di Painful Bladder Syndrome e sebbene quella elaborata dalla ICS sia la più diffusa, molti Autori preferiscono utilizzare la sigla IC/PBS che include entrambe le entità cliniche e consente di ovviare a questo gap tassonomico.



Comparsa di glomerulazioni durante test di idrodistensione vescicale.



## **b) Epidemiologia**

In questo momento non esistono dati epidemiologici ufficiali relativi alla IC/PBS.

Sono stati condotti numerosi studi epidemiologici sulla IC la cui prevalenza presenterebbe un'ampia variabilità fra 10 e 510 casi per 100000 abitanti [5-6] con un'età media alla diagnosi compresa fra 42 e 46 anni [7]. L'assenza di una definizione di PBS universalmente accettata rende ragione della scarsa

conoscenza in merito alla reale diffusione di questa patologia nella popolazione generale. Secondo uno studio americano pubblicato nel 2007 la sindrome clinica caratteristica della PBS avrebbe una prevalenza pari a 1-2% della popolazione con rapporto maschio/femmina di 1:2, ed eguale diffusione nella razza bianca, nera ed ispanica; sarebbe inoltre significativamente più rappresentata in soggetti di basso tenore socio-economico. [8]

### **c) Eziopatogenesi**

L'eziopatogenesi della IC/PBS è ancora sconosciuta. Alcuni studi hanno dimostrato che in un modello multivariato, alcune condizioni cliniche, procedure chirurgiche e terapie farmacologiche presentano correlazione diretta o inversa con la PBS. Manifestano correlazione diretta una precedente isterectomia, una storia di IVU recidivanti o di infezioni micotiche croniche e l'assunzione di glicosidi cardiaci e calcio-antagonisti per pazienti di sesso femminile e gastrite, sindrome

depressiva, storia di abuso sessuale, disturbi d'ansia, mal di testa, fibromialgia per entrambi i sessi. L'assunzione di statine presenta correlazione inversa [9,10].

Numerose sono le ipotesi patogenetiche formulate fino ad ora dai vari Autori.

Esse riconoscono quali fattori etiologici: l'aumento della permeabilità dell'urotelio, la degranolazione delle mast-cellule, un'infezione occulta (analogamente alla gastrite da *Helicobacter pylori*) modificazioni neuropatiche seguite da rilascio di sostanza P, presenza di composti tossici nelle urine e reazioni autoimmunitarie [5, 11-19]. L'urotelio normale è rivestito da un film mucopolisaccaridico costituito da una varietà di composti noti come Glicosaminoglicani (GAG): eparan solfato, dermatan solfato e condroitin solfato (in misura maggiore) e acido ialuronico [20]. Queste molecole sono altamente idrofile e legano un'importante quantità di acqua che viene a trovarsi intrappolata tra urotelio e GAG: ne risulta una barriera chimica che protegge l'urotelio.

Un danneggiamento del film GAG può consentire un'esposizione diretta delle cellule uroteliali ai microrganismi e ad alcuni componenti presenti nelle urine come ioni, microcristalli, proteine e molecole tossiche [21-22]. Alcuni studi suggeriscono con enfasi la presenza di un difetto della barriera dei Glicosaminoglicani che riveste l'urotelio in un ampio campione di pazienti affetti da IC/PBS riconoscendo in questo difetto la possibile causa della sindrome [18,19].

La positività al "potassium sensitivity test" sembrerebbe indicare un deficit del film GAG e rappresenterebbe un fattore predittivo di risposta alla terapia mirata alla sua ricostituzione [11].



#### **d) Diagnosi**

Quella della PBS è sostanzialmente una diagnosi di esclusione.

Essa viene sospettata sulla base della raccolta anamnestica e dell'esame obiettivo.

Gli esami di laboratorio e quelli strumentali sono finalizzati ad escludere una patologia organica, infiammatoria, neoplastica o un'infezione genitourinaria in grado di determinare la medesima sintomatologia.

## **e) Terapia**

Al momento attuale non esiste una terapia specifica perché non sono note con certezza l'etiologia e la patogenesi della IC/PBS. Fra i farmaci proposti fino ad oggi per il trattamento della IC/PBS vi sono agenti antinfiammatori, antistaminici, antidepressivi triciclici e numerosi composti che somministrati per via orale o endovescicale sarebbero in grado di favorire la ricostituzione del film GAG che riveste l'urotelio: eparina, pentosano polisolfato sodico, condroitin solfato e acido ialuronico [5,11,22-26]. Altri farmaci ad esclusiva somministrazione endovescicale sono il dimetilsolfossido (DMSO), unico farmaco riconosciuto

dalla FDA americana per il trattamento della IC, il Bacillo di Calmette-Guerin (BCG), la tossina botulinica, il resiniferatoxin e RDP58 [27].

## **2. Il Mesoglicano**

Il mesoglicano è un composto che viene isolato dalla mucosa intestinale suina ed è costituito da una miscela di glicosaminoglicani così rappresentati:

- Eparan solfato 47,5%
- Dermatan solfato 35,5%
- Condroitin solfato 8,5%
- Eparina slow 8,5%

## **OBIETTIVO DELLO STUDIO**

premessi che

- un vasto numero di pazienti affette da PBS presenta un'alterazione della barriera mucopolisaccaridica che protegge l'urotelio vescicale da microrganismi, agenti irritanti e tossici
- la positività al "potassium sensitivity test" indica con buona probabilità l'esistenza di un'alterazione della barriera mucopolisaccaridica
- la somministrazione di glicosaminoglicani per via endovescicale sembra in grado di favorire la ricostituzione dell'intergrità della barriera

- GAG contenuti nel mesoglicano rappresentano la maggior parte dei costituenti la barriera mucopolisaccaridica dell'urotelio vescicale

abbiamo voluto testare l'efficacia del mesoglicano somministrato per via endovesicale nel trattamento della sintomatologia associata a PBS in pazienti di sesso femminile con positività al "potassium sensitivity test".

# **MATERIALI E METODI**

## **1. Selezione dei pazienti e algoritmo diagnostico**

Nel periodo compreso fra il Febbraio 2007 e il Marzo 2008 sono giunte alla nostra osservazione 166 pazienti di sesso femminile di età compresa fra 17 e 54 anni che lamentavano dolore vescicale di intensità variabile e disturbi urinari della fase di riempimento compatibili con la PBS.

Dopo la raccolta anamnestica e l'esame obiettivo generale e uro-ginecologico, tutte le pazienti sono state invitate ad eseguire un esame urine completo (chimico-fisico, microscopico e colturale con antibiogramma) un esame citologico urinario su 3 campioni ed un'ecografia dell'apparato urinario.

Dopo questa prima fase di accertamenti è emerso con chiarezza che la causa della sintomatologia riferita da 114/166 pazienti era una patologia uroginecologica di

natura organica, infiammatoria, infettiva, neoplastica o una concomitanza di due delle precedenti.

Abbiamo deciso di sottoporre le restanti 54 pazienti a cistoscopia. In 38 casi la procedura endoscopica è stata completata con l'esecuzione di biopsie a freddo su aree fortemente suggestive per patologia flogistico-metaplastica del trigono vescicale. L'esame istologico ha confermato l'ipotesi clinica in tutti i casi.

L'esame endoscopico delle rimanenti 14 pazienti ha evidenziato l'integrità macroscopica delle pareti vescicali pertanto abbiamo ritenuto sostenibile per esse l'ipotesi di PBS. Previa raccolta di consenso informato abbiamo sottoposto tutte le 14 pazienti a cistoscopia in sedazione ed eseguito test dell'idrodistensione al fine di identificare l'eventuale comparsa delle glomerulazioni che sono segno patognomonico di IC. Al termine della procedura endoscopica abbiamo raccolto un campione da "bladder washing" per la ricerca di mast-cellule. In nessuno dei

casi è stata riscontrata la comparsa di glomerulazioni e la ricerca di mast-cellule è risultata negativa per tutte la pazienti.

Abbiamo concluso che dati gli elementi clinici a nostra disposizione le 14 pazienti si potessero ragionevolmente considerare affette da PBS e abbiamo comunicato loro la diagnosi da noi formulata. La Tabella 1 mostra le differenti diagnosi emerse al termine degli accertamenti. Le evidenze anamnestiche hanno consentito di definire per ciascuna delle pazienti un preciso quadro sintomatologico legato alla variabile associazione dei differenti disturbi riportati.

Tabella 2.

**Tabella 1. Distribuzione delle cause dei disturbi urinari nel campione in osservazione.**

<b>pazienti</b>	<b>diagnosi</b>
73	IVU recidivanti
11	patologia organica uroginecologica (prolasso uterovaginale, cistocele)
23	patologia organica uroginecologica (prolasso uterovaginale, cistocele) + IVU recidivanti
6	Tumori vescicale
1	Tumore vescicale + IVU
38	Cervicotrigonite



**Tabella 2. Distribuzione dei diversi sintomi delle pazienti inserite nello studio**

	dolore	pollachiuria	nicturia	urgenza	bruciori urinari	dispareunia
1	+	+	+	+	+	+
2	+	+	+	+		+
3	+	+	+	+		
4	+	+	+	+	+	
5	+	+	+			+
6	+	+	+	+		
7	+	+	+			
8	+	+	+			
9	+	+	+	+		
10	+	+	+	+	+	
11	+	+	+	+		+
12	+	+	+	+	+	+
13	+	+	+			
14	+	+	+	+		

## 2. “Potassium sensitivity test”

Previa raccolta del consenso informato abbiamo sottoposto le 14 pazienti al test di sensibilità al potassio (“potassium sensitivity test”) al fine di stabilire quali fra

esse potessero essere probabili portatrici di un'alterazione del film GAG e quindi giovare della somministrazione endovesicale di Mesoglicano. Il test è stato eseguito con la modalità descritta da Parsons nel 1996 [28].

Abbiamo instillato in vescica 40 ml di NaCl 0,9% e successivamente una soluzione 0,3 M di KCl. Dopo ciascuna instillazione abbiamo somministrato alle pazienti un questionario SVA. Sono state ritenute positive al test le pazienti che hanno mostrato un incremento del punteggio con  $\Delta \geq 2$  fra il primo e il secondo SVA score.

### **3. Schema terapeutico e metodologia di somministrazione**

Previa raccolta del consenso informato abbiamo arruolato nello studio le 14 pazienti. Esse avevano età compresa fra 27 e 44 anni. Sono state sottoposte ad un protocollo di trattamento che prevedeva 1 instillazione settimanale di 50 cc di

soluzione fisiologica contenente 60 mg di Mesoglicano (3 fl di Prisma<sup>®</sup>) per 12 settimane consecutive.

Tutte le instillazioni sono state eseguite presso la nostra struttura da un'infermiere professionale con adeguato skilling ed in presenza di uno dei medici del gruppo di studio.

La procedura di cateterismo è stata effettuata nel rispetto della sterilità, con cateteri monouso 16 Fr LoFric<sup>™</sup> (Astra Tech Inc, Torrance, California) la cui estremità prossimale è stata preventivamente bagnata con gel lubrificante contenente Lidocaina 2%.

Il farmaco è stato instillato solo dopo aver drenato l'eventuale contenuto urinario intravesicale ed è stato ritenuto in vescica per 1 ora e quindi eliminato con la minzione spontanea.

#### **4. Endpoints e strumenti di valutazione**

L'end point primario dello studio è stato rappresentato dalla valutazione della riduzione del dolore vescicale. Lo strumento d'indagine utilizzato è stato un

questionario tipo Scala Visuale Analogica (SVA) dove al valore “10” era associato il massimo dolore possibile e al valore “0” l’assenza di dolore. Il questionario è stato somministrato alle pazienti al momento della raccolta del consenso informato e 7 giorni dopo l’ultima instillazione.

Endpoints secondari sono stati:

- a. miglioramento della sindrome disurica. Lo strumento di valutazione di cui ci siamo serviti è stato il diario minzionale che abbiamo fatto compilare alle pazienti per 4 giorni consecutivi durante la settimana precedente l’inizio della terapia e per 4 giorni consecutivi durante la settimana successiva all’ultima instillazione.
- b. miglioramento della qualità della vita (QoL) per cui al momento della raccolta del consenso informato e 7 giorni dopo l’ultima instillazione abbiamo somministrato alle pazienti un questionario tipo Scala Visuale Analogica

(SVA) dove al valore “10” era associato il massimo benessere psico-fisico e al valore “0” il completo scadimento della qualità della vita.

- c. miglioramento della qualità della vita sessuale per cui al momento della raccolta del consenso informato e 7 giorni dopo l’ultima instillazione abbiamo somministrato alle pazienti un questionario tipo Scala Visuale Analogica (SVA) dove al valore “10” era associato il massimo benessere psico-sessuale e al valore “0” l’impossibilità ad una intimità sessuale.

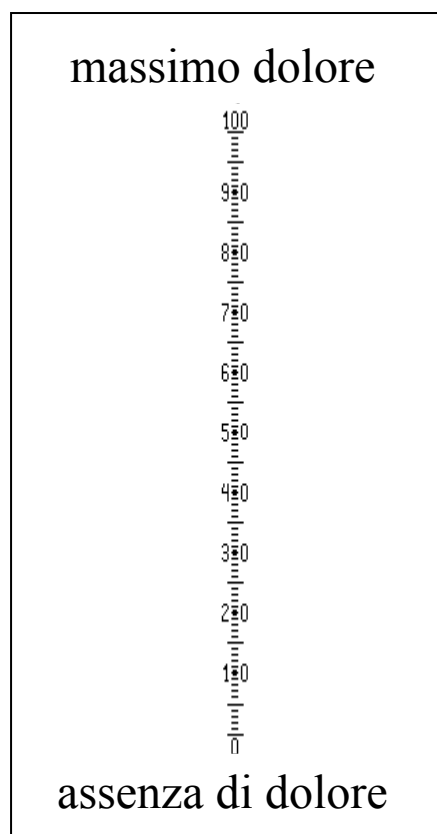
- d. valutazione della tollerabilità

I dati ottenuti dal diario minzionale sono stati interpretati registrando la variazione del numero medio delle minzioni, degli episodi di nicturia e di quelli di urge nelle 24 ore. E’ stata inoltre registrata la variazione del volume vuotato medio per minzione e la diuresi quotidiana media.

Per i questionari SVA è stato considerato significativo un  $\Delta \geq 2$  punti fra i punteggi pre- e post-trattamento.

La tollerabilità del farmaco somministrato per via endovescicale è stata valutata in termini di effetti collaterali e drop out.

Modello di questionario tipo  
scala Visuale Analogica (SVA)



### Diario minzionale

																					totale
orario atti minzionali																					
stimolo minzionale*																					
fuga d'urina*																					
volume vuotato (ml)																					
apporto idrico (ml)																					

\* definire lo stimolo usando "n" se normale, "u" se urgente, "d" se associato a dolore

\*\* definire la fuga usando "a" se abbondante, "m" se moderata, "l" se lieve

## RISULTATI

### **Endpoint Primario: diminuzione dell'intensità del dolore vescicale**

La valutazione dei questionari SVA sull'entità del dolore vescicale pre- e post-trattamento ha fatto registrare un significativo declino del punteggio medio che è disceso da 5,8 a 3,6.

### **Endpoints Secondari**

Davide Brotza – Mesoglicano endovescicale nel trattamento della Pain Full Bladder Syndrome femminile:  
esperienza preliminare in una singola Istituzione –  
Tesi di Dottorato in Scienze Uroginecologiche, Fisiopatologia del Pavimento Pelvico ed Infertilità Maschile.  
Università degli Studi di Sassari



### **a. miglioramento dei disturbi minzionali**

L'analisi dei diari minzionali compilati dalle pazienti prima e dopo il trattamento ha evidenziato un miglioramento globale della sintomatologia disurica. Il volume vuotato medio ha manifestato un incremento da 138 ml a 196 ml ed è stato accompagnato da una riduzione del numero medio di atti minzionali delle 24 ore da 15 a 12,5. Il numero medio di episodi di urgenza minzionale si è ridotto da 9 a 6 e il numero di episodi di nicturia si è ridimensionato da 4 a 2.

### **b. valutazione del miglioramento della qualità della vita (QoL)**

Il questionario SVA relativo alla qualità della vita ha mostrato un'aumento del punteggio medio da 2,8 a 6,4.

### **c. valutazione del miglioramento della qualità della vita sessuale**

Il questionario SVA relativo alla qualità della vita ha mostrato un'aumento del punteggio medio da 2,2 a 7.

#### **d. tollerabilità del farmaco**

Non sono stati registrati eventi avversi maggiori o minori. 1 paziente ha abbandonato il trattamento dopo 7 instillazioni per incompatibilità legate alla sua attività lavorativa.

## **DISCUSSIONE**

Nella nostra preliminare esperienza, condotta su un limitato campione di pazienti, la somministrazione endovesicale di Mesoglicano è sembrata efficace e sicura nel trattamento della sintomatologia associata a PBS.

Dall'analisi dei questionari sul dolore vescicale è emerso che 12/13 pazienti (92%) hanno riferito un'apprezzabile riduzione di questo sintomo espresso come decremento significativo della SVA score medio ( $\Delta \geq 2$  punti). Questo risultato si è dimostrato in linea con quanto riportato da altri Autori nel corso di un'analoga esperienza con l'impiego dell'associazione Ialuronato / Chondroitin solfato (29).

L'analisi dei diari minzionali ha mostrato un miglioramento della sintomatologia disurica espresso come riduzione globale del numero medio di episodi di nicturia (- 50%) e urge (- 33,3%) associate ad un incremento del volume vuotato medio per atto minzionale (+ 40%). Al contrario di quanto atteso, non si è registrata una contestuale riduzione significativa della pollachiuria (- 17%). Quest'ultimo dato, apparentemente contrastante con i precedenti, potrebbe essere giustificato dalla tendenza da parte delle pazienti ad aumentare l'apporto di liquidi nel periodo di trattamento e tale supposizione sarebbe suffragata dall'incremento del volume urinario medio post-trattamento rispetto a quello registrato prima della terapia (840 a 1402, + 67%).

L'impatto positivo sulla sintomatologia clinica è stato confermato dal confronto fra i risultati dei questionari sulla qualità di vita generale e sessuale somministrati prima e dopo la terapia. Molte pazienti si rivolgono allo specialista riferendo una

storia più o meno lunga di sindrome disurica, spesso etichettata come epifenomeno di una “cistite recidivante” trattata con numerosi cicli di antibioticoterapia sine materia. Non è pertanto difficile comprendere perchè sia tutt’altro che infrequente che le pazienti giungano alla prima valutazione urologica solo quando sia manifesto ed esasperante lo scadimento della qualità di vita con implicazioni in ambito lavorativo, sociale e nella vita di relazione.

L’analisi dell’impatto sulla qualità di vita risulta pertanto di fondamentale importanza e il miglioramento dello SVA score medio in questo dominio (da 2,8 a 6,4) può essere considerato l’elemento che esprime in modo sintetico e al meglio l’efficacia del trattamento.

Limitatamente alle 5/14 pazienti che avevano riferito anche dispareunia, si può considerare incoraggiante l’incremento medio dello SVA score da 2,2 a 7.

Il Mesoglicano somministrato per via endovesicale, si è dimostrato ben tollerato e, al momento, scevro da effetti indesiderati.

# CONCLUSIONI

1. Nella nostra preliminare esperienza l'impiego del Mesoglicano per via endovesicale nel trattamento della sintomatologia associata a PBS in pazienti di sesso femminile è risultato efficace e ben tollerato. Un follow-up più lungo ci consentirà di valutare la stabilità dei risultati a breve termine.
2. La nostra esperienza non consente di esprimere un giudizio sulla positività al "potassium sensitivity test" quale fattore predittivo di risposta alla terapia endovesicale con GAG per l'assenza nel nostro campione di controlli negativi al test.

3. Sebbene i risultati preliminari siano incoraggianti, ulteriori studi in doppio cieco, randomizzati, su un più vasto campione sono necessari per validarne i risultati rispetto agli altri trattamenti disponibili.



## BIBLIOGRAFIA

1. Bourque JP. Surgical management of the painful bladder. J Urol. 1951 Jan; 65(1):25-35
2. Holm-Brentzen M, Jacobsen F, Nerstrom B, Lose G, Kristensen JK, Pedersen RH, Krarup T, Feggetter J, Bates P, Barnard R et al. Painful Bladder disease: clinical and pathoanatomical differences in 115 patients. J Urol. 1987 Sep; 138(3):500-2.
3. Abrams P., Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. Am J Obstet Gynecol. 2002 Jul; 187(1):116-26.
4. Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ, J Urol. 2007 Feb; 177(2):450-6
5. Kallestrup EB, Jorgensen SS, Nordling J, et al. Treatment of interstitial Cystitis with Cystistat: a hyaluronic acid product. Scandinavian J Urol Nephrol 2005; 39:143-7
6. Temml C, Wehrberger C, Riedl C, et al. Prevalence and correlates for interstitial cystitis symptoms in women participating in a health screening project. Eur Urol 2007; 51:803-9.

7. Churan GC, Speizer FE, Hunter DJ, Curhan SG and Stampfer MJ: Epidemiology of interstitial Cystitis: a population based Study. J Urol 1999; 161:549.
8. Clemens JQ, Link CL, Eggers PW, Kusek JW, Nyberg LM Jr, McKinlay JB; BACH Survey Investigators. Prevalence of Painful Bladder Symptoms and effect on quality of life in Black, Hispanic and White Men and Women. J Urol. 2007 Apr;177(4):1390-4
9. Hall SA, Link CL, Pulliam SJ, Hanno PM, Eggers PW, Kusek JW, McKinlay JB. The relationship of common medical condition and medication use with symptoms of painful bladder syndrome: results from the Boston area community health survey. J Urol. 2008 Aug; 180(2):593-8.
10. Clemens JQ, Meenan RT, O'Keeffe Rosetti MC, Kimes TA, Calhoun EA. Case-control study of medical comorbidities in women with interstitial cystitis. J Urol. 2008 Jun;179(6):2222-5. Epub 2008 Apr 18.
11. Suresh K, Gupta SK, Pidcock L, Parr NJ. The potassium sensitivity test: a predictor of treatment response in interstitial cystitis. BJU Int, 2005; 96:1063-6.
12. Moldwin RM, Sant GR. Interstitial Cystitis: a pathophysiology and treatment update. Clin Obstet Gynecol 2002; 45:259-72.

13. Jokinen EJ, Alfthan OS, Oravisto KJ. Antitissue antibodies in interstitial cystitis. *Clin Exp Immunol* 1972; 11:333-9.
14. Lundeberg T, Liedberg H, Nordling L, Theodorsson E, Owzarski A, Ekman P. Interstitial cystitis: correlation with nerve fibres, mast cells and histamine. *Br J Urol* 1993; 71: 427-9.
15. Hohenfellner M, Nunes L, Schmidt RA, Lampel A, Thuroff JW, Tanagho EA. Interstitial cystitis: increased sympathetic innervation and related neuropeptide synthesis. *J Urol* 1992; 147: 587-91.
16. Mc Guire EJ, Lytton B, Cornog JL Jr. Interstitial cystitis following colocystoplasty. *Urology* 1973;2: 28-9.
17. Ruggieri MR, Hanno PM, Whitmore KE, Balagani RK. Effects of repeated instillation of interstitial cystitis urine on the rabbit urinary bladder. *Urology* 1993; 42: 646-52.
18. Parsons CL. Epithelial coating techniques in the treatment of interstitial cystitis, *Urology* 1997; 49 (Suppl. 5A): 100-4.
19. Erickson DR, Sheykhnazari M, Ordille S, Bhavanandam VP. Increased urinary hyaluronic acid and interstitial cystitis. *J Urol* 1998; 160: 1282-4.
20. Nordling J, van Ophoven A. Intravesical Glycosaminoglycan replenishment with chondroitin sulphate in chronic forms of cystitis. A

multi-national, multi-centre, prospective, observational, clinical trial.  
Arzneimittelforschung. 2008;58(7):328-35.

21. Morales A, Emerson L, Nickel JC. Treatment of refractory interstitial cystitis. *Int Urogynec J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7:215-20.
22. Nordling J, Jorgensen S, Kallestrup E. Cystistat for the treatment of interstitial cystitis: a 3-year follow-up study. *Urology* 2001; 57 (6 suppl 1):123.
23. Ruggieri MR, Chelsky MJ, Rosen SI, et al Current findings and future research avenues in the study of interstitial cystitis. *Urol Clin North Am* 1994;21: 163-76.
24. Parsons C. Current strategies for managing interstitial cystitis. *Expert Opin Pharmacother* 2004; 5:287-93.
25. Parsons CL, Housley T, Schmidt JD, et al. Treatment of interstitial cystitis with intravesical heparin. *Br J Urol* 1994;73:504-7.
26. Parsons CL. Prevention of urinary tract infection by the exogenous glycosaminoglycan sodium sodium pentosanpolysulfate. *J Urol* 1982; 127:167-9.
27. Toft BR, Nordling J,. Recent developments of intravesical therapy of painful bladder syndrome/interstitial Cystitis: a review. *Curr Opin Urol* 2006; 16:268-72

- 28.Parsons CL. Potassium sensitivity test. Tech Urol 1996; 2: 171-3
- 29.Porru D, Cervigni M, Nasta L, Natale F, Lo Voi R, Tinelli C, Gardella B, Alghileri A, Spinillo A, Rovereto B. Results of endovesical hyaluronic acid / chondroitin sulfate in the treatment of Interstitial Cystitis / Painful Bladder Syndrome. Rev Recent Clin Trials, 2008 May; 3(2):126-9.