

# Medikamentell abort – de første norske erfaringene

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Medikamentell metode for provosert abort i første trimester ble først introdusert i Norge i april 1998. Hensikten med vår studie var å evaluere effektivitet, bivirkninger og måten behandlingsregimet ble mottatt på av norske kvinner. Vi rapporterer her de første resultatene basert på ett års erfaring med metoden.

**Materiale og metode.** 226 kvinner ble inkludert i studien. Alle hadde en graviditetsvarighet på < 63 dager ultrasonografisk vurdert, og de valgte selv medikamentell abort som metode for å avslutte svangerskapet. Kvinnene inntok først 600 mg mifepriston peroralt, 42–48 timer senere satte de selv 800 µg misoprostol vaginalt.

**Resultater.** 95 % av behandlingene var ukompliserte. Bivirkningene var få og tolerable. Kvinnene fant behandlingsregimet akseptabelt, og kunne anbefale det til andre.

**Fortolkning.** Vi konkluderer med at mifepriston-misoprostol-regimet er effektivt som metode for å utføre provosert abort i Norge. Behandlingen gir få og tolerable bivirkninger og få komplikasjoner, og pasientene er tilfredse.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Basert på materiale publisert i *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (39)

**Interessekonflikter:** Ingen

> Se også side 2411

**Ole Erik Iversen**  
*oeiv@haukeland.no*  
**Grete Midtbø**  
**Synnøve Lian Johnsen**  
**Grete Augestad**  
**Ingrid Økland**  
**Harald Helland**  
**Sverre Stray-Pedersen †**  
**Line Bjørge**  
Kvinneklivnikken  
Haukeland Universitetssykehus  
5021 Bergen

I Norge utføres det 14 000–15 000 aborter hvert år, og ca. 80 % av disse finner sted før niende fullgåtte svangerskapsuke (1). Rutine har vært kirurgisk vakuumaspirasjon, vanligvis under generell anestesi. Medikamentell svangerskapsavbrudd med mifepriston og misoprostol har vært brukt i noen få land (2). Metoden er sikker og effektiv, og dermed et godt alternativ til kirurgisk inngrep i første trimester (3–7). Metoden og medikamentene har vært kontroversielle, og det har vært betydelig motstand mot å ta i bruk behandlingsregimet (2, 8–14).

Mifepriston er et antiprogesteron som ved å hemme progesteroneffekten på reseptornivå i endometriet, forårsaker decidual nedbrytning og avstøting av fosteret (11, 15, 16). Stoffet øker også myometriets respons på eksogene prostaglandiner (11). Misoprostol er en syntetisk prostaglandin E<sub>1</sub>-analog som absorberes godt fra vaginalslimhinnen (16, 17). Misoprostol myker opp cervix uteri og stimulerer til uterine kontraksjoner (17). Disse mekanismene fører til slutt til avstøtning av endometriet, og dermed kvitteres svangerskapsproduktene fra uterus (16, 17).

Vi presenterer her våre medisinske erfaringer og metodens aksept ved abort i første trimester hos en serie av 226 kvinner fortløpende innlagt ved det første sykehuset som tok metoden i bruk i Norge.

## Materiale og metode

Fra 21.4. 1998 til 20.4. 1999 inkluderte vi 226 kvinner med dokumentert svangerskapsvarighet på 62 dager eller mindre som hadde begjært svangerskapsavbrudd ved Kvinneklivnikken ved Haukeland Universitetssykehus. Kvinner med binyrebarksykdom eller alvorlige respiratoriske sykdommer ble ekskludert. De som hadde spiral, ektopisk graviditet eller mistenkt utvikling av spontanabort, ble også ekskludert. Fastsettelse av svangerskapets varighet ble basert på ultralydundersøkelse med

hode-sete-mål hos 223 (99 %) og svangerskapssekk hos tre (1 %). Kvinnene fikk skriftlig informasjon om metoden for medikamentell svangerskapsavbrudd. Alle valgte denne metoden fremfor operasjon, etter informert samtykke.

Fire konsultasjoner ble planlagt for hver kvinne. Ved første konsultasjon ble de undersøkt klinisk og med vaginal ultralyd. Ved andre konsultasjon (dag 1) inntok kvinnene 600 mg mifepriston per os under overvåking av sykepleier. Ved tredje konsultasjon (dag 3) ble kvinnene mottatt ved avdelingens dagpost (42–48 timer etter inntak av mifepriston). Etter ankomst satte de selv fire tabletter av prostaglandinanalogen misoprostol (totalt 800 µg) i vagina, og samtidig ett suppositorium med 800 mg paracetamol og 60 mg kodeinfosfat i rectum. Etter at prostaglandinet var administrert, ble kvinnene observert på dagposten i 4–6 timer med henblikk på abdominalsmerter og blødning. Styrken på disse symptomene ble klassifisert som ingen/lett, moderat eller uttalt. Flere suppositorier paracetamol/kodeinfosfat eller intramuskulær injeksjon av 100 mg petidin ble gitt som tilleggsanalgesi ved behov.

Ved fjerde konsultasjon (dag 21–28) registrerte vi behandlingens resultat, eventuelle komplikasjoner, styrke på blødning og smerter, samt personlig tilfredshet med metoden. Effektiv behandling ble definert som svangerskapsavbrudd uten behov for kirurgisk prosedyre. Vakuumaspirasjon eller utskrapning gav klassifikasjonen metodesvikt. Kirurgisk intervensjon ble utført på hvilket som helst tidspunkt hvis behandlende lege mente situasjonen krevde det av hensyn til kvinnens helse (medisinsk indikasjon), eller

## Fakta

- Medikamentell abort er en metode der svangerskapet avbrytes kun med medikamenter. Komplikasjoner knyttet til operasjon og narkose unngås
- Antiprogesteronet mifepriston (abortpille) blokkerer progesteroneffekten via binding til progesteronreseptor – svangerskapsutviklingen hemmes
- Metoden er like effektiv som kirurgisk metode – få bivirkninger
- I denne studien ville vel 80 % anbefale den til en venninne

ved fjerde konsultasjon på grunn av pågående svangerskap eller inkomplett abort. Hvis det var usikkerhet om hvorvidt aborten var komplett ved fjerde konsultasjon, ble ytterligere konsultasjoner foretatt.

Sju kvinner (3 %) ble ekskludert fra effektivitetsanalysen fordi de ikke møtte til fjerde konsultasjon, selv etter gjentatte purringer. Metodens akseptabilitet ble bedømt ved bruk av et standard spørreskjema ved kontrollkonsultasjonen: «Hvis du en gang skulle ha et nytt svangerskapsavbrudd, ville du da velge samme metode?» og «Ville du anbefale denne metoden til en venninne hvis hun skulle ha et svangerskapsavbrudd?».

Vi valgte ikke å utføre en randomisert studie. Vi spurte imidlertid kvinnene ved etterkontrollen om de ville ha vært villige til å la seg randomisere til medikamentelt eller kirurgisk svangerskapsavbrudd hvis det hadde vært undersøkelsens design.

## Resultater

### Pasienter

Median alder var 27 år (variasjonsbredde 15–44 år). I alt 22 var tenåringer, fire var yngre enn 18 år. Til sammen 197 (87 %) kom fra lokalsykehusområdet, mens 29 (13 %) kom fra andre deler av Norge. 89 (39 %) var førstegangsgravide, 116 (51 %) hadde ett eller flere barn, og 68 (30 %) hadde hatt en eller flere provoserte aborter tidligere. Median svangerskapsvarighet ved administrasjon av mifepriston var 50 dager (variasjonsbredde 31–63 dager).

### Smerte

Informasjon om smerter og forbruk av analgetika ble registrert for 220 av kvinnene (97 %) da de var på avdelingens dagpost, og for 211 (93 %) ved fjerde kontroll. I avdelingen ble smerte registrert som ingen/lett (behov for bare ett suppositorium med paracetamol/kodeinfosfat), moderat (behov for flere suppositorier) eller uttalt (behov for parenteral opiatanalgesi). Smerte etter de forlot avdelingen og slik den ble rapportert ved fjerde konsultasjon, var ingen/lett (følt, men lett tolerert), moderat (ubehagelig nok til å interferere med vanlig aktivitet) eller uttalt (betydelig hemmende, forhindret vanlig aktivitet). Under opphold i avdelingen hadde 35 (16 %) ingen eller milde smerter, 98 (46 %) hadde moderate smerter og 87 (40 %) trengte parenteral opiatanalgesi (tab 1). De første dagene etter aborten trengte svært få analgetika, selv om 85 (40 %) og 15 (7 %) klaget over henholdsvis moderate og uttalte lave abdominalsmerter.

### Blødning

Alle kvinnene hadde vaginalblødning. Graden av blødning ble registrert for 222 av kvinnene (98 %) ved opphold i dagavdelingen, og for 208 (95 %) ved fjerde konsultasjon (tab 1). Blødningen ble karakterisert som ingen/lett, moderat (tilsvarende normal menstruasjonsblødning) eller uttalt (krafti-

gere enn normal menstruasjonsblødning). I avdelingen angav 53 (24 %) uttalt blødning, 160 (72 %) moderat og ni (4 %) ingen blødning. De første dagene etter dagoppholdet angav 27 (13 %) uttalt, 176 (85 %) moderat og fem (2 %) ingen eller lett blødning. Ingen av kvinnene trengte uteruskontraherende medikamenter, utskrapning på grunn av blødning eller blodtransfusjon. Median varighet av blødning eller sporblødning var 14 dager (variasjonsbredde 2–100 dager).

### Behandlingsresultat og komplikasjoner

Av de 219 kvinnene som kom til etterkontroll (fjerde konsultasjon), var svangerskapet avbrutt hos 99 % (218 av 219). Den mediane tiden fra start av induksjon til abort var 52 timer (variasjonsbredde 4–720 timer). 13 pasienter (5 %) hadde abortert før de kom tilbake til avdelingen, etter kun å ha fått mifepriston.

Hos en kvinne ble det ved fjerde konsultasjon konstatert at svangerskapet ikke var avbrutt, og hun gjennomgikk deretter kirurgisk svangerskapsavbrudd. Denne kvinnen fikk mifepriston på svangerskapets 63. dag. Ytterligere ti pasienter (5 %) trengte kirurgisk intervensjon. Av disse fikk ni (4 %) utført utskrapning fordi aborten ble ansett som inkomplett. Videre fikk en kvinne utført utskrapning på grunn av abdominalsmerter og mistanke om infeksjon og inkomplett abort (dagen etter dagoppholdet). Komplette abort ble derved oppnådd i 95 % av tilfellene (208/219).

### Pasienttilfredshet

Kvinnenes egen vurdering var at metoden i høy grad var akseptabel. 80 % (166/207) ville velge samme metode ved et eventuelt senere svangerskapsavbrudd, og 81 % (168/207) ville anbefale metoden til en venninne som skulle ha et svangerskapsavbrudd.

### Diskusjon

Vår studie av 226 kvinner representerer de første kliniske erfaringer med medikamentelt svangerskapsavbrudd i første trimester i Norge. Regimet, bestående av mifepriston og misoprostol, ble funnet å være en svært effektiv metode for svangerskapsavbrudd, det hadde akseptable bivirkninger og ble generelt godt tolerert av kvinnene. Behandlingsregimet vil nå bli anbefalt i de nye retningslinjene i *Nasjonal veileder i generell gynekologi* (18).

Resultatene i vår undersøkelse er på linje med det som er rapportert generelt (7) og mer spesifikt i en fransk (19) og en skotsk (20) studie, selv om maksimum svangerskapsvarighet i vår studie var 62 dager, sammenliknet med respektive 50 og 56 dager i den franske og den skotske studien. En sviktrate på 5 % er det samme som tidligere er beskrevet for kirurgisk abort (21, 22). I vår studie hadde én kvinne (0,5 %) en viabel graviditet fire uker etter behandlingen. Dette er også på linje med det som ble beskrevet i

**Tabell 1** Grad av smerte og blødning angitt av kvinnene på dag 3 (etter misoprostoladministrasjon) og ved konsultasjon 4 for de første dager etter aborten

	De første timene etter misoprostol administrasjon		De første dagene etter aborten	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Smerte	(n = 220)		(n = 211)	
Ingen/mild	35	(15)	111	(52)
Moderat	98	(44)	85	(40)
Kraftig	87	(39)	15	(7)
Blødning	(n = 222)		(n = 208)	
Ingen	9	(4)	5	(2)
Moderat	160	(72)	176	(84)
Kraftig	53	(23)	27	(13)

en WHO-multisenterundersøkelse (23). Den aktuelle kvinnen hadde fått mifepriston på dag 63 i graviditeten, hvilket betyr at hun egentlig ikke skulle vært inkludert. Dette illustrerer det beskrevne inverse forhold mellom behandlingsresultat og svangerskapslengde (7, 24, 25). Det er imidlertid beskrevet vellykket resultat med metoden (modifisert regime) også ved svangerskapsvarighet 9–13 uker (26).

Kvinnen med mislykket svangerskapsavbrudd gjennomgikk senere kirurgisk abortinngrep. Dersom medikamentell metode ikke fører til abort, anbefaler man generelt kirurgisk avbrudd. Dersom kvinnen ønsker å fortsette graviditeten, bør hun få informasjon om at føtale anomalier har vært assosiert der misoprostol alene har vært brukt for å avslutte graviditet uten å lykkes (27–29). Også med mifepriston er det en teoretisk risiko for medfødte misdannelser. Selv om mifepriston ikke er funnet å være teratogent for rotter, mus og aper, er det beskrevet skal-ledeformiteter hos kaniner. Dette har vært oppfattet som resultat av uterine kontraksjoner. I vår studie var det sju kvinner (3 %) som ikke kom til etterkontroll til tross for flere purringer. Det endelige utfallet av disse graviditetene har vi ikke kontroll på.

Den mediane induksjon-til-abort-tid var 52 timer i vårt materiale, noe som er på linje med de fleste studier (15). Årsak til at misoprostol doseres to døgn senere, er at det trengs tid for at mifepriston skal interferere med den transkripsjonsavhengige progesteronaktiviteten (30, 31). I alt 13 av kvinnene (6 %) hadde abortert før de kom til dagposten 48 timer etter mifepristoninntaket. Frekvensen av komplett abort før prostaglandinadministrasjon er også på linje med det som tidligere er publisert (15).

Under oppholdet på dagposten rapporterte nesten alle kvinnene smertefulle kontraksjoner som liknet på menstruasjons- eller fødselssmerter. Nesten 85 % av kvinnene hadde smerter under dagoppholdet, men de lot seg kontrollere ved ulike former for an-

algetikaadministrasjon. Ingen av kvinnene hadde så uttalte smerter at det var nødvendig med kirurgisk intervensjon samme dag. De første dagene etter oppholdet angav 47 % av kvinnene lave abdominalsmerter, men svært få trengte analgetika. En pasient fikk utført kirurgisk evakuasjon av uterus dagen etter dagoppholdet på grunn av smerter og mistanke om infeksjon og inkomplett abort. Hun fikk også antibiotikabehandling.

Smerter er en ventet konsekvens av behandlingen og en hyppig rapportert bivirkning (15). Våre erfaringer på dette punkt tilsvarende det som rapporteres i andre studier (32, 33). I en tidligere studie rapporterte kvinner med medikamentelt svangerskapsavbrudd høyere nivå av smerter enn dem som gjennomgikk kirurgisk avbrudd (21). Generelt er det vår erfaring at metoden er smertefull, og det er av stor betydning å gi adekvat analgesi. Vi mener imidlertid at på grunn av skriftlig og muntlig informasjon gitt på forhånd hadde kvinnene et realistisk forhold til smertene, og derfor fant de fleste metoden akseptabel.

Blødning er også en ventet konsekvens av behandlingen. Uten blødning er det lite sannsynlig at det vil bli abort. Etter administrasjon av mifepriston og misoprostol angav 72 % av pasientene under dagoppholdet blødning av samme styrke som en ordinær menstruasjon. Ved fjerde konsultasjon rapporterte 85 % at de hadde hatt moderat blødning de første dagene etter dagoppholdet. 24 % av pasientene angav blødningen som kraftig under oppholdet på dagposten, mens bare 13 % angav å ha hatt kraftig blødning dagene etter dagoppholdet. De fleste andre studier har liknende resultater (32, 34). Blødning var imidlertid isolert sett ikke årsak til utskrapning eller blodtransfusjon i vårt materiale, selv om dette er et vanlig funn hos andre (21, 24, 32, 34, 35). En median blødningstid på 14 dager er også på linje med det andre rapporterer (16, 32, 34).

Pasientenes aksept av metoden var god i denne studien, ettersom 80 % (166/207) ville velge samme metode hvis de senere i livet skulle ha et svangerskapsavbrudd og 81 % (168/207) ville anbefale medikamentell metode til en venninne. Dette er også på linje med resultatene i andre studier, der man angir at omtrent to tredeler finner metoden akseptabel (3, 20, 36, 37). Det må imidlertid også påpekes at vakuumaspirasjon i ulike studier (3, 5) også i høy grad er en akseptabel metode. Blant kvinner som på forhånd ikke hadde noen spesiell preferanse og som ble randomisert til vakuumaspirasjon, ble den metoden funnet å være signifikant mer akseptabel enn medikamentelt svangerskapsavbrudd. Like fullt angav nesten 75 % av kvinnene at også den medikamentelle metoden var akseptabel (3).

I vår studie hadde alle kvinnene selv valgt medikamentelt svangerskapsavbrudd etter å ha fått skriftlig og muntlig informasjon. De 226 tilfellene representerer ca. 23 % av alle førstetrimesteraborter som ble utført i vår

avdeling i inklusjonsperioden. Forskningsresultater fra Canada, Frankrike og Storbritannia indikerer at mer enn halvparten vil ønske medikamentelt svangerskapsavbrudd dersom de gis muligheten til å velge (38). I Henshaw og medarbeideres studie (3) antydes det imidlertid at bare 20 % ville foretrekke medikamentelt svangerskapsavbrudd, og at ytterligere ca. 50 % ville akseptere metoden. I vår avdeling har andelen av dem som velger medikamentelt svangerskapsavbrudd økt til ca. 35 % etter som metoden er blitt bedre kjent, akseptert og anbefalt av kvinner intervjuet i aviser og ukeblader.

Vår studie var samtidig en forundersøkelse for en mulig oppfølgende randomisert studie, ved å kartlegge i hvilken grad kvinner ville være villige til en slik inklusjon. Det viste seg imidlertid at så mange som 69 % (122/176) ikke ville akseptere å la seg randomisere når det gjaldt metode. I Henshaw og medarbeideres studie (3) angav 26 % av kvinnene at de ikke ville akseptere medikamentelt svangerskapsavbrudd. Vår konklusjon er derfor at selv om en prospektiv randomisert studie vitenskapelig er klart å foretrekke, kan den være vanskelig å gjennomføre. Som vår undersøkelse viser er kvinner som søker abort, opptatt av selv å kunne velge metode. Inklusjonen i en slik studie kan derfor bli lav, og man kan også diskutere om kvinner i en allerede vanskelig livssituasjon skal påføres ytterligere stress i en diskusjon om eventuell randomisering.

Oppstart og gjennomføring av denne nye abortmetoden i Norge, der befolkningen hadde lite kunnskap og ingen praktisk erfaring, medførte ikke spesielle problemer. Det var imidlertid svært viktig å ha et godt samarbeidet opplegg med skriftlig informasjon, både i avdelingen, for pasientene og for henvisende leger. Erfaringene har medført at avdelingen går inn for å benytte medikamentelt svangerskapsavbrudd som hovedmetode ved svangerskapsavbrudd før utgangen av niende uke. Kirurgisk avbrudd vil bli utført på medisinsk indikasjon eller ved annen god grunn. I løpet av to år etter at metoden ble tatt i bruk, har nesten en tredel av norske sykehus innført den.

## Konklusjon

Vår studie har bekreftet at et regime bestående av mifepriston og misoprostol er en effektiv metode for svangerskapsavbrudd i første trimester. Bivirkningene er få og akseptable, og det store flertall av pasientene er fornøyd med metoden og vil anbefale den til andre.

## Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

1. Førebygging av uønskt svangerskap og abort 1999–2003. Handlingsplan 1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
2. Ferriman A. Medical abortion still not available in most countries. *BMJ* 1999; 319: 1091.
3. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993; 307: 714–7.

4. Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 1288–95.
5. Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 829–33.
6. Elul B, Ellertson C, Winikoff B, Coyaji K. Side effects of mifepriston-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception* 1999; 59: 107–14.
7. Kahn JG, Becker BJ, Maclsaal L, Amory JK, Neuhaus J, Olkin I et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000; 61: 29–40.
8. Macrow PJ. Political, economic and ethical aspects of use of medical abortifacients. *Pharmacoeconomics* 1994; 5: 269–73.
9. Baird DT. Clinical use of mifepristone (RU 486). *Ann Med* 1993; 25: 65–9.
10. Goldberg JR, Plescia MG, Anastasio GD. Mifepristone (RU 486): current knowledge and future prospects. *Arch Fam Med* 1998; 7: 219–22.
11. DiPierri D. RU 486, mifepristone: a review of a controversial drug. *Nurse Pract* 1994; 19: 59–61.
12. Sibbald B. Fear of black market means no RU-486 for Canada until US approves drug. *CMAJ* 1999; 160: 1753–4.
13. Tuffs A. German drug agency approves mifepristone. *BMJ* 1999; 319: 141.
14. Iversen OE, Bergsjø P. Bør antiprogesteron tas i bruk i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 212–3.
15. Heikinheimo O. Clinical pharmacokinetics of mifepristone. *Clin Pharmacokinet* 1997; 33: 7–17.
16. Christin-Maitre S, Bouchard P, Spitz IM. Medical termination of pregnancy. *N Engl J Med* 2000; 342: 946–56.
17. Gold M, Luks D, Anderson MR. Medical options for early pregnancy termination. *Am Fam Physician* 1997; 56: 533–8.
18. Bjørge L, Kristoffersen M, Rosenberg M. Provoert abort. I: Nasjonal veileder i generell gynekologi. Oslo: Den norske lægeforening, 2002.
19. Peyron R, Aubeny E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med* 1993; 328: 1509–13.
20. Thong KJ, Baird DT. Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 1004–7.
21. Jensen JT, Astley SJ, Morgan E, Nichols MD. Outcomes of suction curettage and mifepristone abortion in the United States. A prospective comparison study. *Contraception* 1999; 59: 153–9.
22. Cabezas E. Medical versus surgical abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 (suppl 1): 141–6.
23. WHO Task Force. WHO Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Termination of pregnancies with reduced doses of mifepristone. *BMJ* 1993; 307: 532–7.
24. Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Hum Reprod* 1998; 13: 2962–5.
25. Aubeny E, Peyron R, Turpin CL, Renault M, Targosz V, Silvestre L et al. Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995; 40 (suppl 2): 85–91.
31. Baulieu EE. Contraception and other clinical applications of RU 486, an antiprogesterone at the receptor. *Science* 1989; 245: 1351–7.
33. WHO Task Force. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 524–30.
37. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. *Hum Reprod* 1994; 9: 2167–72.