

## Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse avec une consultation unique

# «One Stop MToP»

André Seidenberg<sup>a</sup>, Christian Fiala<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Arztpraxis Capitol, Zürich

<sup>b</sup> Gynmed, Wien

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, par administration de mifépristone et de misoprostol, a été introduite en Suisse à la fin de l'année 1999 et elle s'est très rapidement établie comme méthode de choix. En 2013, 68% des IVG ont été réalisées par voie médicamenteuse en Suisse [1]. La méthode est sûre [2] et ne se distingue pas d'un avortement spontané déclenché par une insuffisance lutéale.

### Introduction

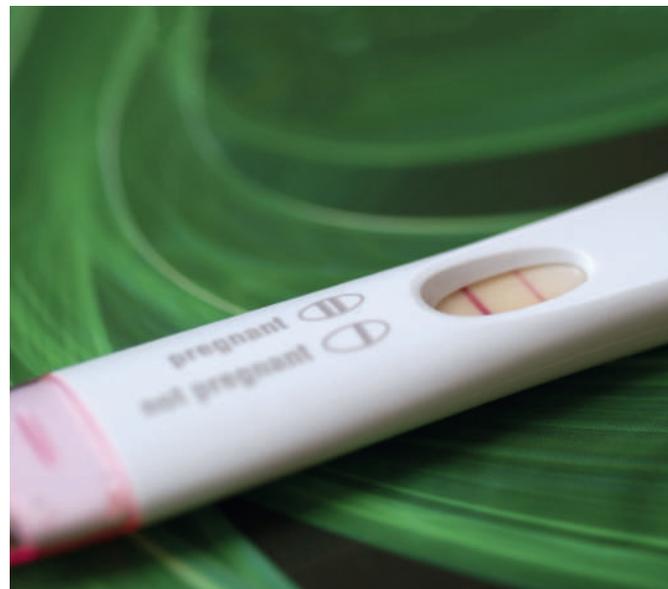
En cas de grossesse, la majorité des femmes savent rapidement si elles veulent poursuivre ou mettre fin à la grossesse, et si elles optent pour une interruption volontaire de grossesse (IVG), elles souhaitent que celle-ci se déroule dans une atmosphère la plus intime possible et à domicile. Les examens et conseils devraient se limiter au minimum nécessaire sur le plan médical. Les derniers développements en matière d'IVG médicamenteuse (MToP, Medical Termination of Pregnancy), qui sont largement étayés scientifiquement, répondent bien à ces besoins.

Plus de 90% des femmes ont déjà pris leur décision de pratiquer une IVG avant même le premier entretien de conseil [3, 4]. Après une IVG, seule une minorité des femmes présentent des problèmes psychologiques persistants en rapport avec l'IVG. Il n'est guère possible d'identifier un lien de causalité entre ces problèmes et l'IVG [5]. Le risque de développer des maladies psychiques n'est pas plus élevé chez les femmes ayant subi un avortement que chez celles qui donnent naissance à un enfant non désiré [6, 7].

### Quels médicaments sont utilisés et comment les administrer?

L'IVG médicamenteuse repose sur l'administration combinée de deux médicaments [8], qui agissent en synergie:

- La mifépristone (Mifegyne<sup>®</sup>, autrefois appelée RU486 [9]) bloque de façon réversible le récepteur de la progestérone, inhibant ainsi l'action de cette hormone synthétisée par l'organisme et indispensable au maintien de la grossesse. L'utérus devient ainsi plus sensible aux prostaglandines et le col utérin s'ouvre.
- Le misoprostol (Cytotec<sup>®</sup>), une prostaglandine synthétique, est administré par voie orale ou vaginale 36 à 48 heures après la prise de mifépristone. Les prostaglandines déclenchent les contractions du muscle utérin, qui expulsent le sac gestationnel avec la muqueuse et le sang.



En Suisse, l'IVG médicamenteuse faite à la demande de la femme est prise en charge par les caisses-maladie jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (dans l'Union européenne, jusqu'à 9 semaines). En outre, l'IVG médicamenteuse est autorisée pour l'interruption tardive de grossesse à partir de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse, avec des restrictions d'indication spécifiques à chaque pays.

La mifépristone est autorisée à la dose de 600 mg en association avec un analogue de la prostaglandine. Le misoprostol, qui est l'analogue de la prostaglandine le plus efficace, peut toutefois uniquement faire l'objet d'une utilisation hors autorisation de mise sur le marché (off-label), bien qu'il soit absolument incontournable pour une IVG médicamenteuse réalisée dans les règles de l'art. La raison en est un refus du fabricant de demander une autorisation pour cette indication, probablement en raison de considérations économiques. La mifépristone est responsable de saignements vaginaux considérables chez env. 20% des femmes et d'une



André Seidenberg

expulsion avant la prise du misoprostol chez 5% des femmes, mais au demeurant, il n'entraîne pas d'effets indésirables cliniquement perceptibles [10]. A l'inverse, des effets indésirables dose-dépendants sont fréquemment observés en cas d'administration du misoprostol: contractions utérines douloureuses, fièvre de courte durée, ainsi que nausées, vomissements et diarrhées liés à l'augmentation de la motilité intestinale.

### Swissmedic préconise le schéma posologique autorisé par l'EMA et majoritairement utilisé en Europe

Les recommandations thérapeutiques relatives à l'IVG médicamenteuse révèlent des différences entre les pays au niveau des posologies et des modes d'administration. Swissmedic préconise le schéma posologique autorisé par l'EMA (European Medicines Agency) pour l'IVG médicamenteuse jusqu'à 49 jours d'aménorrhée, qui est le schéma majoritairement utilisé en Europe: 600 mg de mifépristone, suivie, après 36 à 48 heures, de 400 µg de misoprostol. Pour des raisons de coûts, une réduction de la dose de mifépristone à 200 mg est recommandée notamment aux Etats-Unis [11] avec, en compensation, une augmentation de la dose de misoprostol à 800 µg et une administration par voie vaginale, qui est plus efficace. Pour l'administration de misoprostol, il convient toutefois de garder à l'esprit que les effets indésirables des analogues de la prostaglandine, en particulier les douleurs, augmentent de façon dose-dépendante. L'administration du misoprostol par voie vaginale est plus efficace que son administration orale [12, 13]. Certains cas d'infections fatales à *Clostridium sordellii* ont néanmoins discrédité l'administration vaginale du misoprostol auprès des compagnies d'assurance américaines; il n'existe pourtant pas de preuves scientifiques accablant l'administration par voie vaginale [14, 15].

### Comme l'interruption volontaire de grossesse peut-elle être allégée tout en restant sûre?

Les premières IVG médicamenteuses donnaient systématiquement lieu à une hospitalisation. Par la suite, il a néanmoins été reconnu que le misoprostol, en tant que deuxième médicament du traitement combiné, pouvait être pris de manière au moins aussi sûre à domicile; une consultation pour l'administration de Cytotec®, voire une hospitalisation, ne sont donc pas nécessaires. En effet, les hémorragies anémiantes dangereuses sont très rares et lorsqu'elles se produisent, elles ne surviennent pratiquement jamais dans les premières heures après l'administration du misoprostol,

c.-à-d. durant la période d'hospitalisation autrefois usuelle [16, 17].

A l'échelle internationale, des allègements supplémentaires de la supervision médicale de l'IVG sont discutés, évalués et en partie pratiqués. Les objectifs visés sont l'innocuité de la prise en charge, la sécurité pratique, la diminution des coûts et le respect du droit à l'autodétermination des femmes.

### Si elles sont correctement formées, les sages-femmes peuvent-elles réaliser l'intégralité de l'examen préalable, y compris l'échographie?

L'examen préalable permet de détecter des risques préexistants, qui pourraient poser des problèmes en cas d'IVG médicamenteuse mais également en cas d'évolution spontanée de la grossesse: il s'agit notamment des grossesses ectopiques, des antécédents chirurgicaux, des tendances hémorragiques, de l'anémie et des infections.

### Les femmes ayant une grossesse non désirée ont-elles au juste besoin d'un professionnel de la santé [18]?

Le site Internet *Women on Web* propose des informations, un accompagnement en ligne et des médicaments envoyés par voie postale, après des échanges par le biais du site et par e-mail, aux femmes ayant une grossesse non désirée et vivant dans des pays avec des lois restrictives ou un accès précaire à l'IVG ([www.womenonweb.org](http://www.womenonweb.org)). Les complications sociales et médicales liées à un échec du traitement ne peuvent toutefois pas être totalement évitées dans ces pays [19].

### Ces approches sont indiscutablement attrayantes pour la Suisse également, mais y sont-elles véritablement souhaitables et même réalisables?

Au cours de l'entretien, il convient d'identifier les risques psycho-sociaux et de fournir aux femmes concernées des conseils et un accompagnement adéquats. Les affections psychiatriques ainsi que les problèmes de communication et de compréhension doivent être pris en considération et il faut tenter d'y remédier. En Suisse, la décision de la femme ayant une grossesse non désirée doit être clarifiée et être consignée dans une demande formelle d'IVG (*informed consent*). La patiente doit être bien informée sur la procédure, les effets indésirables et les médicaments concomitants; des instructions écrites doivent lui être remises. La contraception future doit être discutée. Les deux parties doivent rester joignables par téléphone. Même après la première consultation, les questions et préoccupations de la femme doivent pouvoir être traitées si possible à tout moment.

Après l'IVG, il est nécessaire d'exclure une persistance de la grossesse ou de tissu trophoblastique. A cet effet, il est indispensable de réaliser un contrôle échographique post-IVG, lors duquel les médecins peu expérimentés peuvent être induits en erreur. Par définition, la qualité du tissu ne peut pas être déterminée à l'échographie et il n'est ainsi pas possible de faire la distinction entre du tissu chorionique résiduel et un caillot sanguin. A l'heure actuelle, il n'existe pas de critères clairs et basés sur des preuves concernant le moment de réalisation de l'examen de contrôle ou la présence de certains signes échographiques [20].

### Contrôle ultérieur sans deuxième consultation?

Toutefois, la baisse du taux de l'hormone de grossesse  $\beta$ -hCG en-dessous de 1000 UI/l après 2 semaines confirme le succès du traitement [21, 22]. Au lieu du contrôle médical, la patiente peut réaliser elle-même un test urinaire avec un seuil de détection fixé à 1000 UI/l de  $\beta$ -hCG (Check-ToP®), qui lui a été remis [23, 24], comme l'a également montré une grande étude récemment parue dans le *Lancet* [25]. Après une IVG médicamenteuse, il est possible dans 85% des cas d'éviter une deuxième consultation en réalisant un test de grossesse de faible sensibilité [26].

Un contrôle médical ultérieur s'avère néanmoins nécessaire en présence des signes suivants, qui indiquent une expulsion incomplète ou une persistance de la grossesse ou de tissus de grossesse:

- Les saignements étaient peu abondants ou totalement inexistantes au cours des premiers jours après la prise de Cytotec®;
- Le test de grossesse de faible sensibilité (1000 UI/l de  $\beta$ -hCG) réalisé après 2 semaines s'est révélé positif; un test de grossesse normal (seuil de détection <10 UI/l de  $\beta$ -hCG) peut, quant à lui, fournir un résultat positif durant jusqu'à 6 semaines [21, 22];
- Les symptômes de grossesse, tels que la tension mammaire et les nausées matinales, sont toujours présents et l'aménorrhée persiste après 5 semaines.

Parmi les autres manifestations justifiant une consultation médicale rapide figurent une fièvre supérieure à 38,5°C, les saignements très intenses et les douleurs pelviennes persistantes.

### Expérimentée dans environ une douzaine de pays

Depuis 2010, l'IVG médicamenteuse avec une seule consultation a fait l'objet d'une évaluation clinique dans env. une douzaine de pays: en cas de grossesse normale, la souhaitabilité, l'efficacité (>98%) et la

sécurité de cette méthode sont bien démontrées jusqu'à 9 semaines [23-29]. Les expériences positives en Grande-Bretagne et en Scandinavie sont encourageantes pour les standards et impératifs de sécurité en Suisse. Il ne peut toutefois pas être exclu que les rares et très rares cas de tumeurs trophoblastiques passent plus souvent inaperçues en cas d'IVG médicamenteuse avec une consultation unique. Toutefois, cette suspicion ne pèse pas lourd, car il est de toute façon difficile de détecter de telles tumeurs lors du premier examen échographique consécutif à une IVG médicamenteuse. Par ailleurs, même 25 ans après la première autorisation de l'IVG médicamenteuse, rien n'indique une survenue plus fréquente des tumeurs trophoblastiques après une IVG médicamenteuse.

Les contre-indications relatives à la réalisation d'une IVG médicamenteuse avec consultation unique sont l'absence de mise en évidence d'une grossesse intra-utérine, les troubles de la coagulation, l'anémie sévère, une grossesse de plus de 63 jours d'aménorrhée, les maladies psychiatriques, le manque de communication lié à des problèmes de langage ou à d'autres déficits cognitifs, ainsi que l'ambivalence persistante de la patiente quant à l'IVG. Les contre-indications à l'IVG médicamenteuse en rapport avec les substances administrées sont l'insuffisance corticosurrénale, les cardiopathies instables, la porphyrie et l'asthme sévère non contrôlé.

### La procédure peut encore davantage être améliorée

L'IVG médicamenteuse peut être très douloureuse. Avec l'augmentation de la durée de la grossesse, des douleurs liées aux contractions utérines et des saignements intenses et persistants sont à redouter. Les douleurs sont souvent sous-estimées et insuffisamment traitées [30]. Au moment de l'administration du misoprostol, il est recommandé de prendre à titre prophylactique des anti-inflammatoires non stéroïdiens

### L'offre ne doit pas empêcher les femmes en situation de détresse psycho-sociale d'avoir accès à une prise en charge compétente après la première consultation

(AINS) et en cas d'analgésie insuffisante, de prendre des doses supplémentaires et éventuellement, des analgésiques opioïdes comme la codéine ou le tramadol. Les AINS n'inhibent pas l'action des prostaglandines, mais uniquement leur biosynthèse. Ils n'ont pas d'influence sur l'action des prostaglandines exogènes et ne réduisent pas l'efficacité de l'IVG médicamenteuse. De plus, ils sont très efficaces en cas d'IVG médicamenteuse et réduisent la nécessité de recourir à des opioïdes [30].

## Correspondance:

Dr André Seidenberg  
 FA Allgemeine Medizin  
 Praxis Capitol  
 Weinbergstrasse 9  
 CH-8001 Zürich  
 andre.seidenberg[at]hin.ch  
 Research Fellow Institut  
 für Hausarztmedizin und  
 Versorgungsforschung ZH

Depuis la votation populaire de 2002 lors de laquelle le peuple a en grande majorité exprimé une opinion favorable, le législateur fait prévaloir la volonté de la femme concernée pour l'IVG. Aucun délai de réflexion et aucune obligation de consultation ne sont prévus en Suisse, ces deux éléments étant dépourvus de tout fondement médical. Les retards dans le déroulement du traitement augmentent la fréquence et l'ampleur des effets indésirables et peuvent également empêcher l'accès à l'IVG en raison d'un dépassement du délai de 49 jours. D'un autre côté, dans le cadre de son devoir de diligence fondamental, le médecin doit assister de manière exhaustive la femme ayant une grossesse involontaire ou indésirable au-delà des aspects techniques et somatiques. L'offre d'IVG médicamenteuse ne doit pas empêcher les femmes en situation de détresse psychosociale, d'ambivalence ou d'anxiété d'avoir accès à une prise en charge médicale et non médicale compétente après la première consultation.

### L'interruption de grossesse peut-elle être simplifiée à un tel point?

L'IVG reste toujours un sujet tabou lié à la soumission historique des femmes. L'IVG médicamenteuse avec une consultation unique peut susciter de l'inquiétude et de l'indignation. Toutefois, il n'existe pas de preuves solides indiquant que les allègements de la procédure d'IVG sont à l'origine d'une augmentation du nombre d'IVG. Ainsi, l'autorisation de l'IVG ne s'est pas traduite par une augmentation des IVG.

L'accès à des informations fiables, à des moyens contraceptifs et à l'IVG revêt un caractère fondamental pour la santé des femmes en âge de procréer. Les sociétés libérales garantissent cet accès et c'est précisément par ce biais que dans ces sociétés, les femmes sont moins souvent confrontées à des grossesses non désirées. Avec 6,3 interruptions de grossesse pour 1000 femmes

âgées de 15–44 ans, la Suisse affiche le plus faible taux [1] d'IVG en Europe, et probablement dans le monde. Internet est une bonne source d'information qui joue un rôle de plus en plus marqué (cf. liste de liens); en Suisse également, Internet est souvent le seul moyen pour les femmes de trouver à temps une offre d'IVG médicamenteuse.

Des considérations économiques plaident également en faveur de l'IVG médicamenteuse avec une consultation unique. Il ne faut néanmoins pas sous-estimer les coûts inhérents à l'accessibilité téléphonique et aux examens de contrôle non planifiés. L'IVG médicamenteuse avec une consultation unique permet d'éviter l'échographie vaginale de contrôle, qui est fortement dépendante de l'expérience de l'examineur et est désagréable pour la patiente. L'IVG médicamenteuse avec une consultation unique a tendance à faire baisser le taux de curetages ultérieurs inutiles, mais ne l'augmente certainement pas.

Les recommandations de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique n'ont que partiellement intégré les développements dans le domaine de la recherche clinique [31]. Il n'existe pas d'obstacle légal à l'IVG médicamenteuse avec une consultation unique.

Néanmoins, en Suisse également, la bonne accessibilité à l'IVG et le niveau de sécurité élevé qu'affiche cette procédure peuvent encore être davantage améliorés.

#### Disclosure statement

André Seidenberg et Christian Fiala sont membres du Comité de la FIAPAC. Christian Fiala est membre du comité consultatif de la société Exelgyn. Les auteurs ne déclarent pas d'autre conflit d'intérêts financier ou personnel en rapport avec cet article.

#### Liste de liens

- Gynmed ([www.gynmed.org](http://www.gynmed.org)): Informations à l'attention des patientes en dix langues.
- APAC-Suisse ([www.schwangerschaftsabbruch.org/](http://www.schwangerschaftsabbruch.org/)): Interruptions de grossesse en Suisse et dans les pays voisins; liste de médecins et de centres de conseil.
- FIAPAC ([www.fiapac.org](http://www.fiapac.org)): Fédération internationale des associés professionnels de l'avortement et de la contraception. Informations professionnelles exhaustives sur le thème.
- Guttmacher Institute ([www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)): Institut qui tente de faire avancer la santé sexuelle et reproductive par la recherche, l'analyse politique et l'éducation publique.
- Gynuity Health Projects ([www.gynuity.org](http://www.gynuity.org)): Organisation de recherche et d'assistance technique active à l'échelle mondiale dont le but est de garantir la vaste disponibilité des technologies de santé reproductive.
- Women on Web ([www.womenonweb.org](http://www.womenonweb.org)): Communauté en ligne formée par un réseau de femmes qui ont avorté ainsi que d'individus et d'organisations qui soutiennent les droits à l'avortement.
- [www.misoprostol.org](http://www.misoprostol.org): Liste de publications scientifiques et d'informations sur le misoprostol dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

#### Photo de couverture

© Infokus408 | Dreamstime.com

#### Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

## L'essentiel pour la pratique

- L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (MToP: Medical Termination of Pregnancy) par mifépristone et misoprostol est un traitement ambulatoire très sûr.
- En Suisse, plus des deux tiers des IVG se font par voie médicamenteuse.
- L'administration de misoprostol ne nécessite ni consultation médicale ni hospitalisation.
- La mesure du taux de  $\beta$ -hCG dans les urines, réalisée à domicile par la patiente, peut dans la plupart des cas remplacer un contrôle échographique ambulatoire ultérieur: il est alors question d'IVG médicamenteuse avec consultation unique.

## Literatur / Références

- Bundeamt für Statistik. Schwangerschaftsabbrüche (Schweiz). Neuchâtel 2014. [cited Dec-2014]. Available from: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/03.html>.
- Rowlands S. Misinformation on abortion. *Europ J Contraception and Reproductive Health Care* 2011; 16(4): 233-240. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/13625187.2011.570883>.
- Schweiger P. Mythen über den Schwangerschaftsabbruch. *Profamilia Magazin* 3(4) 2012; 17-8. Available from: [www.gynmed.at/sites/default/files/images/pdf/profamagazin3-2013-S17\\_18.pdf](http://www.gynmed.at/sites/default/files/images/pdf/profamagazin3-2013-S17_18.pdf)
- Schaschl M: No compulsory counselling: The advantages for women]. *FIAPAC*, 2008, Berlin. Available from: [www.fiapac.org/static/media/docs/berlin-Schaschl.pdf](http://www.fiapac.org/static/media/docs/berlin-Schaschl.pdf).
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Lidegaard Ø, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *New Engl J Med* 2011;364:332-9.
- Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA; Russo NF; West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am Psychol* 2009;64:863-90
- Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: A systematic review of the evidence. *Contraception* 2008;78:436-50.
- Bygdeman M, Swahn ML. Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception* 1985;32:45-51.
- Baulieu EE, Segal SJ. *The Antiprogestin Steroid RU486 and Human Fertility Control*. New York, NY. Plenum; 1985.
- Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *N Engl J Med* 1993;338:1241-7.
- Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with Mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception* 2013; 87(1): 26-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.011>.
- Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception*. 2006 Jul;74(1):66-86.
- Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;99 Suppl 2:160-7.
- Winikoff B. Fatal Infection and Medical Abortion. *Clinical Infectious Diseases* 2006; 43( 11): 1447-1448.
- Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception* 2004;70:183-90.
- Fiala C, Winikoff B, Helström L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*. 2004;70(5):387-92.
- Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum Reprod*. 2010;25(5):1153-7.
- Raymond E. Can we eliminate the Mifepristone visit in medical abortion? Abstract Book 11th FIAPAC Conference: Task Sharing in Abortion Care, Ljubljana Oct 2014. Available from: [www.fiapac.org](http://www.fiapac.org).
- Gomperts RJ, Jelinska K, Davies S, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG*. 2008 Aug;115(9):1171-5; discussion 1175-8.
- Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;109(2):190-5.
- Steier JA, Bergsjos P, Myking O. Human Chorionic Gonadotropin in Maternal Plasma After Induced Abortion, Spontaneous Abortion, and Removed Ectopic Pregnancy; *Obstet Gynecol* 1984; 64(3).
- Van der Lugt B, Drogendijk AC. The disappearance of human chorionic gonadotropin from plasma and urine following induced abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64:547-52. Available from: DOI:10.3109/00016348509156360
- Cameron ST, Glasier A, Dewart H, Johnstone A, Burnside A. Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception* 2012; 86(1): 67-73.
- Michie L, Cameron ST. Simplified follow-up after early medical abortion. *Contraception* 2014;89(5): 440-445. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.010>.
- Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9969):698-704. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61054-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61054-0).
- Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, Schweikert S, Lichtenberg ES, Winikoff B. Alternatives to a Routine Follow-Up Visit for Early Medical Abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2010; 115(2/1): 264-272. Available from: doi: 10.1097/AOG.0b013e3181c996f3
- Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum reprod* 2010; 25: 1153-57.
- Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception* 2011;83(6):504-510.
- FIAPAC.org [homepage on the Internet]. Diverse contributions at the 11th FIAPAC Conference: Task Sharing in Abortion Care, Ljubljana Oct 2014. [cited Dec-2014]. Available from: [www.fiapac.org](http://www.fiapac.org).
- Fiala C, Swahn ML, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13-22 weeks gestation. *Hum Reprod*. 2005;20(11):3072-7
- Bitzer J, De Grandi P, Haller U, Pók J: SGGG Expertenbrief 15: Verwendung von Mifepriston für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon [updated 2008 Dec 16; cited Dec-2014]. Available from: [www.SGGG.ch](http://www.SGGG.ch).