

 <b>HELSE BERGEN</b> Haukeland universitetssjukehus	<h2>Kiellands Tang</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 31.10.2023/31.10.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Fødeavdelingen	Versjon: 3.00
Godkjenner: Kessler, Jørg	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Mascali Ferenc	Dok.id: D31909

### Forløsning med Kiellands tang

Occiput posterior er en risikofaktor for både mislykket vaginal operativ forløsning og sfinkterruptur. En av fire fostre i occiput posterior presentasjon vil ved forløsning med vakuum ikke rotere til occiput anterior. Ved korreksjon av malrotasjon med Kiellands tang utnyttes tangens fordel med høyere suksessrate enn vakuum. Samtidig reduseres risiko for perinealruptur, når fosteret til slutt forløses fra en occiput anterior presentasjon.

Rotasjonsprosedyrer ved hjelp av tang har kommet i miskreditt fordi det er rapportert tilfeller som har medført mortalitet og morbiditet hos barnet og betydelige bløtdelskader hos mor. Større observasjonsstudier har imidlertid ikke kunne bekrefte dette. Også i nyere tid er det publisert store kliniske materialer som viser at neonatal og maternell morbiditet ved bruk av Kiellands rotasjonstang ikke er høyere enn ved bruk av vakuum.

### Generelt om Kiellands tang

- Kombinert rotasjons og ekstraksjonsinstrument
- Svært liten bekkenkrumning:
- Gjør den egnet til rotasjon
  - Må ikke eleveres mye over horisontalplanet, dersom den brukes til videre ekstraksjon (fare for vaginalrifter)
- Glidelås for å kunne tilpasse tang bransjene til hodets asynklitisme ved forløsning fra tverrstand

### Anestesi

- Epidural anestesi. En vanlig fødeepidural gir som regel ikke tilstrekkelig analgesi til en rotasjonsprosedyre. Anestesipersonalet må derfor tilkalles for å forsterke epiduralbedøvelsen (se egen anestesi prosedyre)
- Spinal anestesi. Kan være et godt alternativ for kvinner som ikke har et epiduralkateter inneliggende.

### Forutsetninger

- Utslettet mormunn
- Fosterhodet på nivå med spina eller lavere
- Tilstrekkelig analgesi
- Nøyaktig kjennskap til posisjon av pilsøm og fontaneller. Ved minste tvil bør man confirmere sine palpasjonsfunn med ultralyd.
- Fravær av alvorlig asfyksi der man mistenker tap av tonus hos fosteret.

### Teknikk

#### Occiput posterior

- Omvendt biparietalt tanganlegg, først venstre, deretter høyre bransje.
- Hodet lar seg lettest rotere midtveis i bekkenet (ved spina nivå). Skyv hodet opp dersom det står lengre ned.
- Roter bakhodet frem uten bruk av makt eller stor kraft. Følger hodet ikke med ved rotasjon i en retning, kan man rotere tilbake og prøve i motsatt retning.

- Kontroller etter fullført rotasjon ved palpasjon at lille fontanelle er fortil. Ved tvil, bruk ultralyd.

- Trekk hodet ned på bekkenbunn.

- Skift bransjevis over til Simpsons tang eller fortsett ekstraksjon med Kiellands tang.

Tverrstand

- Bakre tangbransje legges på direkte. Fremre tangbransje legges i sidefornix og føres over ansiktet frem under symfyssen.

- Roter bakhodet frem (90 grader).

- Kontroller ved palpasjon at lille fontanelle er fortil. Ved tvil bruk ultralyd.

- Rett opp asynklitismen (parallelforskyvning av bransjene)

- Trekk hodet ned på bekkenbunn.

- Skift bransjevis over til Simpsons tang eller fortsett ekstraksjon med Kiellands tang.

Alle forløsninger der Kiellands tang har vært brukt/forsøkt brukt registreres i kvalitetetssikringsdatabase.