

Ендометріома прямого м'яза живота



**В. Г. Мішалов, І. М. Лещинин, О. І. Охоцька, П. Л. Бик,
П. П. Мінченко, О. В. Панчук, С. М. Пакришень**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Ендометріоз визначають, якщо тканини ендометрію розташовані поза порожниною матки. Зазвичай тканини ендометрію локалізуються переважно в очеревині, піхві, рубцевих тканинах, шийці матки, маткових трубах, прямій кишці, сечовивідних шляхах, просторі Дугласа, в будь-якому органі живота. Ендометріозу передньої черевної стінки зазвичай передують наявність хірургічного рубця, частіше — після кесаревого розтину. За даними літератури, поширеність ендометріозу становить 8–15%. Екстрагенітальна локалізація ендометріом, а саме ендометріоз передньої черевної стінки, є рідкісною патологією. У літературі описано 21 випадок ізольованого ендометріозу прямих м'язів живота з моменту першого опису в 1984 р. М. Amato і R. Levitt. Більшість із них пов'язані з попередніми хірургічними втручаннями, які супроводжуються розкриттям порожнини матки. Описано клінічний випадок ендометріоми, локалізованої в прямому м'язі живота після кесаревого розтину в жінки віком 33 роки. Висвітлено особливості діагностики і тактики хірургічного лікування у хворих із екстрагенітальним ендометріозом.

Ключові слова: прямий м'яз живота, ендометріоз, кесарів розтин.

Ендометріоз — це доброякісне захворювання, спричинене наявністю функціональної тканини ендометрію поза межами матки. Трапляється в 0,5–5,0% жінок репродуктивного віку [6] і у 25–40% жінок із безпліддям та вважається однією із найважливіших причин останнього і хронічного тазового болю [13]. Є декілька теорій щодо патофізіології ендометріозу: гіпотеза щодо імплантації або рефлюксу, прямого поширення, ціломічної метаплазії, індукції, ембріонального відпочинку, лімфатичного та судинного метастазування, поєднання імплантації, судинного і лімфатичного метастазування [5]. До механізмів поширення ендометріозу належать також ретроградні менструації та механічна трансплантація в проекцію рубцевої зони під час операції [25]. Яєчники найчастіше є органом-мішенню при ендометріозі (майже у 80% випадків). Тканини ендометрію можуть локалізуватися в очеревині, піхві, рубцевих тканинах, шийці матки, маткових трубах, пря-

мій кишці, сечовивідних шляхах, просторі Дугласа і будь-якому органі живота [25]. Найчастіше ендометріоз трапляється в крижово-матковій зв'язці, ректовагінальній перегородці та очеревині малого таза, зрідка — у вульві, піхві, апендиксі, шлунку, печінці, грудній клітці, сечовому міхурі, ділянці пупка та пахового каналу, плеврі, легенях [17]. Згідно з даними літератури, поширеність ендометріозу становить 8–15% [25]. Екстрагенітальна локалізація ендометріом є відносно рідкісною (6% від усіх випадків зовнішнього ендометріозу).

У 1975 р. уперше повідомлено про локалізацію ендометріозу в проекції післяопераційного рубця за Пфаненштилем після кесаревого розтину при гінекологічних операціях [17]. Ендометріоз передньої черевної стінки визначається за наявності ендометріодної тканини в передній черевній стінці без залучення в процес очеревини. Зазвичай це пов'язано з післяопераційними рубцями [25]. Поширення ендометріом післяопераційного рубця становить від 0,03–0,4% [2] до 1,6% [27]. Лише 13% пацієнтів із ендометріомами передньої черевної стінки мали в анамнезі ендометріоз органів малого таза [18]. Ендометріоми передньої черевної стінки є надзвичайно рідкісною патологією, яку важко діагностувати через помилкову диференціальну діагностику із лігатурною грануломою, абсцесами, гематомами, доброякісними пухлинами (дер-

Стаття надійшла до редакції 30 серпня 2018 р.

Мішалов Володимир Григорович, д. мед. н., проф., зав. кафедри 01601, м. Київ, вул. Шовковична, 39/1. Тел. (44) 255-15-60

© В. Г. Мішалов, І. М. Лещинин, О. І. Охоцька, П. Л. Бик,
П. П. Мінченко, О. В. Панчук, С. М. Пакришень, 2018

моїд, гемангіома), післяопераційною грижею, лімфомами, саркомами [26]. Діагноз «ендометріома» слід розглядати у жінок дітородного віку за наявності пальпаторно болочого або чутливого утворення передньої черевної стінки, навіть якщо в анамнезі не було хірургічних втручань. Найхарактернішим симптомом ендометріозу є циклічний біль, пов'язаний із менструацією [19, 28].

Ізольований ендометріоз прямих м'язів живота без наявності ендометріозу органів малого таза, коли розташування новоутворення обмежується лише м'язом, є дуже рідкісною патологією. В літературі описано 21 випадок після першого опису в 1984 р. М. Amato і R. Levitt. Більшість із них пов'язані з попередніми хірургічними втручаннями, які супроводжуються розкриттям порожнини матки [2, 12]. Основними клінічними ознаками ізольованого ендометріозу прямих м'язів живота, за даними різних авторів, є його наявність переважно у жінок пременопаузального віку [27], хірургічні втручання в анамнезі (77%). Кесарів розтин найчастіше асоційований із ендометріозом передньої черевної стінки через механічну трансплантацію ендометріальних клітин руками. Частота виникнення ендометріом після зазначеної операції — 1%. Згідно з однією з теорій причиною виникнення ендометріом після кесаревого розтину є потрапляння та імплантація ендометріюклітин через розріз матки в проекцію розрізу передньої черевної стінки [3].

Екстрагенітальний ендометріоз (зокрема прямого м'яза живота) найкраще пояснюється як ятрогенною трансплантацією ендометрію під час хірургічного втручання, так і міграцією ендометріальних клітин через лімфатичні судини [5, 10]. Для діагностики важливо ретельно зібрати анамнез, застосувати візуалізаційні методики та тонкогілкову біопсію новоутворення для заперечення малігнізації, але в 75% випадків дані біопсії можуть бути непереконливими. Тонкогілкова біопсія асоціюється з високим імплантаційним ризиком [9]. При ультрасонографічному дослідженні передньої черевної стінки ендометріома (вперше продемонстрована на ультразвуковому апараті в 1979 р. [24]) зазвичай виглядає як чітко визначена гіпоехогенна солідна маса [1]. Незважаючи на останні досягнення візуалізаційних технологій, їх дані не є специфічними для встановлення діагнозу ендометріозу та мають розглядатися разом з клінічними даними (жіноча стать, репродуктивний вік, наявність пухлиноподібного новоутворення та циклічного болю, який посилюється під час менструації, гінекологічні операції в анамнезі) [4]. Діагноз часто підтверджується після гістологічної експертизи вилученого зразка.

У деяких дослідженнях вивчали користь біохімічних маркерів (СА-125, С-реактивний протеїн, фолістатин, антимюллерів гормон) для визначен-

ня ендометріозу, але доказової бази не достатньо [8, 20, 21, 22].

Усі лікувальні процедури для ендометріозу ефективні лише для полегшення болю. Проте вони полегшують симптоми больового синдрому доти, доки їх використовують, але болі завжди рецидивують, коли лікування припиняють. Тому препарати слід використовувати тривало. Застосування прогестинів для лікування вважають безпечним, ефективним. Ці препарати добре переносяться. Деякі автори рекомендують їх як первинну терапію симптоматичним пацієнтам з ендометріозом, які не бажають мати дітей [16].

Єдиною ефективною та безпечною методикою лікування є хірургічне видалення ендометріоми з огляду на можливу малігнізацію ураження [7]. Зазвичай проводять широке локальне висічення новоутворення та навколишніх здорових тканин в межах 1 см. Слід дбати про те, щоб випадково не пошкодити масу новоутворення для запобігання повторній імплантації мікроскопічних залишків тканини ендометрію [23].

Післяопераційні рецидиви виникають рідко, зазвичай упродовж першого року після хірургічного втручання, і є результатом неправильної резекції утворення [11].

На думку багатьох авторів, для профілактики післяопераційного ендометріозу необхідно виконувати певні заходи при проведенні кесаревого розтину, щоб мінімізувати ризик імплантації ендометріальної тканини в передню черевну стінку: ретельно промивати рани сольовими розчинами перед закриттям [15], повністю ізолювати передню черевну стінку від операційного поля та анатомічно пошировано закрити рану.

Клінічний випадок

Пацієнтка, 33 роки, звернулася зі скаргами на болі в ділянці передньої черевної стінки нижче за пупок. Болі турбували хвору впродовж останніх 11 міс, маючи тенденцію до посилення при менструації. Ознак ендометріозу, таких як диспареунія або дисменорея, не відзначено. В анамнезі у пацієнтки одні пологи шляхом кесаревого розтину рік тому. При гінекологічному огляді та вагінальному ультразвуковому дослідженні (УЗД) жодних ознак ендометріозу органів малого таза не встановлено. При пальпації живота виявлено помірно болоче новоутворення розміром 4,5×5,0 см, розташоване нижче за пупок у проекції верхнього краю правого нижнього квадранта передньої черевної стінки з локалізацією в правому прямому м'язі живота медіально, приблизно на 7 см вище за верхній край лобкової кістки щодо післяопераційного рубця. Під час ультрасонографії виявлено гіпоехогенне, гетерогенне округлої форми новоутворення зі значною васкуляризацією по периферії та зоною геморагії

навколо при підсиленій ультразвуковій доплерографії (підтверджена ендометріома правого прямого м'яза живота). Також виявлено помірне веретеноподібне потовщення прямого м'яза живота навколо утворення. Це інтерпретували як внутрішньом'язову гематому та набряк і трактували як ендометріому із супутніми вторинними змінами. Під час першого УЗД новоутворення мало розмір 4×5 см та розмиті краї, під час повторного через 2 міс — 6×9 см. Виявлено овальне гіпоехогенне вузлове ураження, розташоване в межах прямого м'яза живота (рис. 1, 2).

Під час проведення ультразвукової кольорової доплерографії передньої черевної стінки виявлено гіперваскуляризовану гетерогенну масу в межах прямого м'яза живота (рис. 3).

Лабораторні дослідження (загальний та біохімічний аналіз крові) під час першого і другого звернень пацієнтки були в межах норми без ознак наявності інфікування або запалення.

Хворій було виконано оперативне лікування — широке локальне висічення ендометріоми із видаленням оточуючих здорових тканин у межах 1 см.

Після стерилізації операційного поля під загальним знеболюванням двома огинаючими розрізами висічено старий післяопераційний рубець. Через апоневроз пальпувалося пухлиноподібне утворення розміром $9 \times 6 \times 5$ см, яке проростало в апоневроз та правий прямий м'яз живота і медіально в лівий прямий м'яз живота, не проростаючи в парієтальну очеревину. Утворення висічено в межах інтактної м'язової тканини. Лапаротомія: при ревізії в черевній порожнині та порожнині малого таза ознак ендометріозу не виявлено. Матка звичайних розмірів, яєчники без патологічних змін. Вище від пупка спостерігали діастаз прямих м'язів живота до 2 см. Черевна порожнина ушита. Через значний дефект м'язів передньої черевної стінки було вирішено закрити його з використанням проленової сітки та неналяжної пластики. Під черевцями прямих м'язів сформовано ложе для проленової сітки. Виконано пластику передньої черевної стінки проленовою сіткою розміром 15×30 см sublay. Надсітковий простір дреновано поліхлорвініловим дренажем, виведеним крізь контрапертуру в надлобковій ділянці. Проведено ушивання передньої стінки прямих м'язів із пластичним заміщенням дефекту (рис. 4). Виконано пошарове ушивання рани.

Макроскопічно утворення було неправильної форми з ледь впізнаваними кістозними проміжками та коричневими фіброзними зонами зі свіжими геморагічними вогнищами (рис. 5).

Післяопераційний матеріал представлений фіброзно-м'язовою тканиною, в товщі якої виявляються множинні вогнища, представлені цитогенною стромою та залозами ендометріального типу, подекуди кістозно-розширеними. Вогнища ендометріозу інфільтрують м'язову тканину, відокрем-



Рис. 1. УЗД передньої черевної стінки. Гіпоехогенне вузлове ураження розміром 4×5 см, розташоване в межах прямого м'яза живота (стрілка)

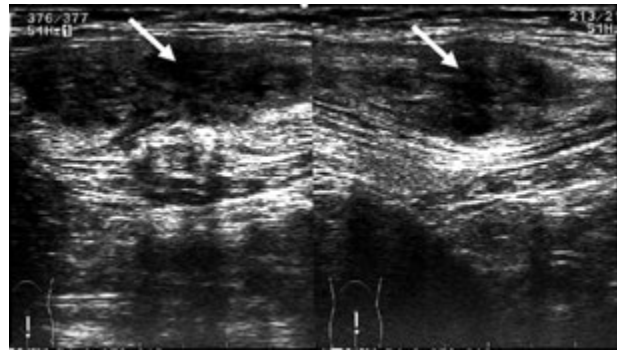


Рис. 2. УЗД передньої черевної стінки через 2 міс. Розмір новоутворення збільшився до 6×9 см

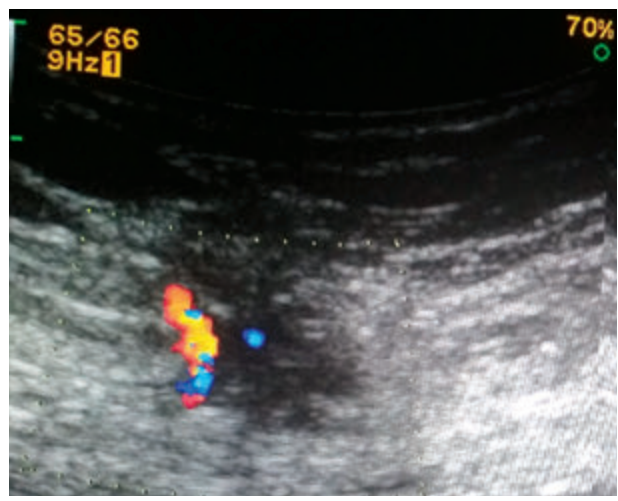


Рис. 3. Ультразвукова доплерографія: гіперваскуляризована гетерогенна маса в межах прямого м'яза живота

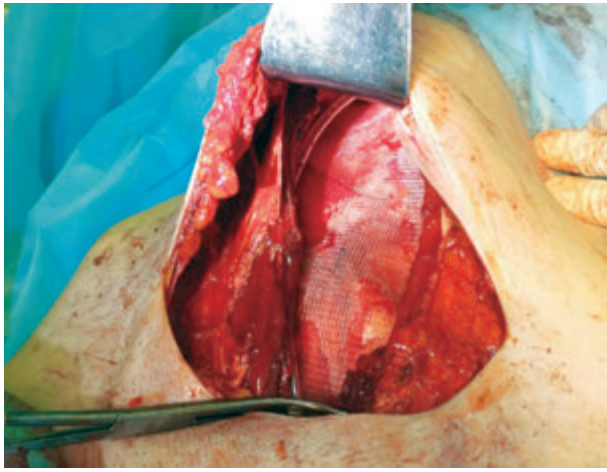


Рис. 4. Етап виконання пластики передньої черевної стінки проленовою сіткою sublay

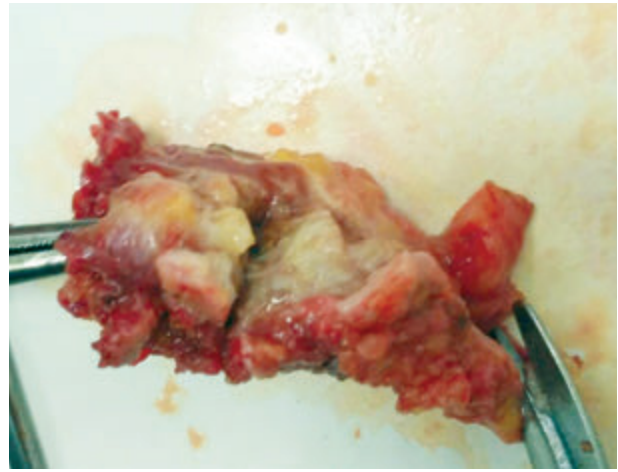


Рис. 5. Макропрепарат: ендометріома

люючи пучки м'язових волокон. У товщі м'язів та фіброзної тканини виявляються множинні кристали гемосидерину коричневого кольору та гемосидерофаги (рис. 6, 7).

При клінічному огляді та УЗД через 2 та 3 міс ознак вентральної грижі та рецидиву ендометріоми не виявлено. Гормональну терапію не використовували.

Ендометріоз передньої черевної стінки є досить рідкісним різновидом екстрагенітального ендометріозу та має безпосередній зв'язок із попередніми гістеректомією, епізіотомією, апендектомією, частіше — з кесаревим розтином. Клінічна картина може виникнути через 1–20 років після хірургічного втручання [19]. Лише незначна частка випадків ендометріозу передньої черевної стінки (20%) не має зв'язку з проведеними оперативними втру-

чаннями. Ізольовані ендометріоми прямого м'яза живота вперше були описані Coly в 1993 р. До 2018 р. описано 31 випадок.

Поліпшення діагностики ендометріом завдяки вдосконаленню візуалізаційних методик полегшило виявлення останніх, хоча візуалізаційні ознаки ендометріозу не є специфічними та достатньо інформативними без супутньої клінічної картини. Новоутворення передньої черевної стінки, які супроводжуються циклічним болем та збільшенням розміру, слід розглядати в контексті ендометріом або враховувати при проведенні диференційної діагностики з останніми.

При диференційній діагностиці не часто враховують діагноз ендометріоми прямих м'язів живота через її рідкісність, неспецифічність клінічних ознак за винятком зв'язку симптомів із менструаль-

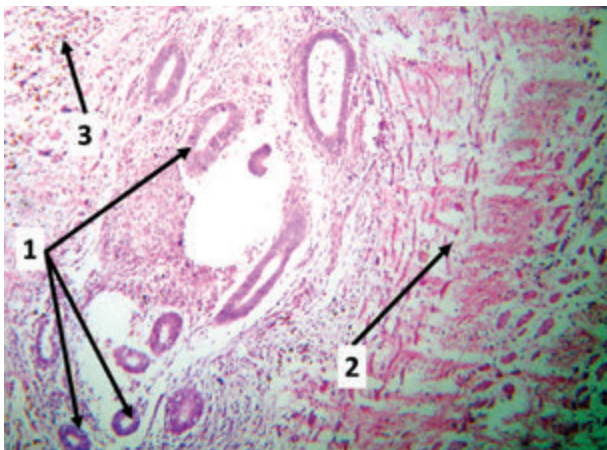


Рис. 6. Фрагмент передньої черевної стінки. Забарвлення гематоксиліном та еозином. $\times 200$: 1 — ділянка ендометріозу (цитогенна строма, залози ендометріального типу); 2 — пучки м'язових волокон; 3 — фіброзна тканина з відкладеннями гемосидерину та виокремленням пучків м'язових волокон

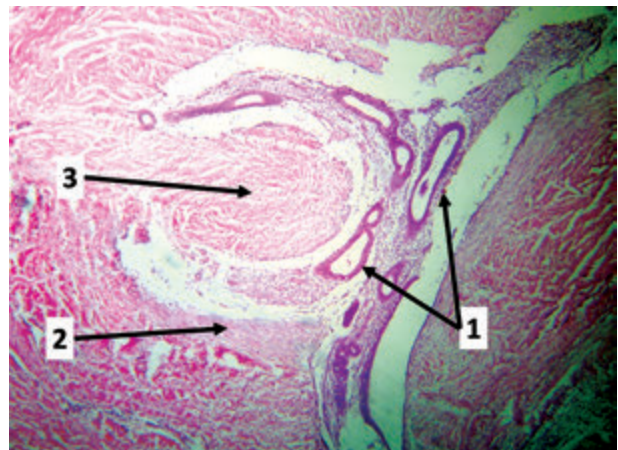


Рис. 7. Фрагмент передньої черевної стінки. Забарвлення гематоксиліном та еозином. $\times 100$. Ділянка ендометріозу (1) з інвазією в товщу м'язової тканини з ділянками склерозу (2) та виокремленням пучків м'язових волокон (3)

ним циклом та наявністю в анамнезі оперативних втручань. Тому добре зібраний анамнез має важливе значення для встановлення діагнозу. Неспецифічність візуалізаційних ультразвукових ознак (поява залежить від фази менструального циклу, розміру новоутворення (васкуляризація ендометрію з відображенням артеріальної та венозної структури кровотоку добре ідентифікується при розмірах утворення понад 3 см), співвідношення залозистих компонентів щодо стромальних, кількості кровотечі, ступеня оточуючого запального процесу та фіброзу), особливо при некоректному проведенні або у пацієнтів із ожирінням ускладнює діагностику ендометрію. Допомагає в діагностиці проведення мікроскопічного дослідження новоутворення (накопичення гемосидерину макрофагами, ендометріальні залози та струму ідентифікують

завдяки стовпчастому епітелію). Труднощі з діагностикою також пов'язані з тим, що клініка ендометрію прямого м'яза живота може виникнути через роки після кесаревого розтину.

Хірургічне лікування — єдиний метод лікування ендометрію передньої черевної стінки. З огляду на те, що оральні контрацептиви, які призначали в минулому, виявилися неефективними в лікуванні ендометрію, післяопераційне призначення останніх не рекомендується [14].

У наведеному випадку ендометрію прямого м'яза живота було діагностовано доопераційно та підтверджено гістологічно. Це підтверджує необхідність урахувати ендометріоз передньої черевної стінки при диференційній діагностиці у пацієнток репродуктивного віку із тазовим болем та наявністю новоутворень передньої черевної стінки.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — В. М., О. О., П. Б., С. П.; збір матеріалу — І. Л., П. Б., П. М., О. П.; обробка матеріалу, написання і редагування тексту — О. О., П. Б., С. П.

Література

1. Aleem F, Pennisi J, Zeitoun K. The role of color Doppler in diagnosis of endometriomas // *Ultrasound Obstet Gynecol.* — 1995. — Vol. 5 (1). — P. 51–54.
2. Amato M., Levitt R. Abdominal wall endometrioma: CT findings // *J. Comp. Assist. Tomogr.* — 1984. — Vol. 8, N 6. — P. 1213–1214.
3. Bumpers H. L., Butler K. L., Best I. M. Endometrioma of the abdominal wall // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2002. — Vol. 187 (6). — P. 1709–1710.
4. Busard M. P. H., Mijatovic V., van Kuijk C. et al. Appearance of abdominal wall endometriosis on MR imaging // *European Radiology.* — 2010. — Vol. 20, N 5. — P. 1267–1276.
5. Cal'ò P. G., Ambu R., Medas F. et al. Rectus abdominis muscle endometriosis: Report of two cases and review of the literature // *Annali Italiani di Chirurgia.* — 2012.
6. Child T. J., Tan S. L. Endometriosis: aetiology, pathogenesis and treatment // *Drugs.* — 2001. — Vol. 61. — P. 1735–1750.
7. Ideyi S. C., Schein M., Niaz M., Gerst P. H. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall // *Digestive Surgery.* — 2003. — Vol. 20, N 3. — P. 246–248.
8. Florio P., Reis F. M., Torres P. B. High serum follistatin levels in women with ovarian endometriosis // *Hum. Reprod.* — 2009. — Vol. 24 (10). — P. 2600–2606. DOI: 10.1093/humrep/dep195.
9. Giannella L., LaMarca A., Ternelli G., Menozzi G. Rectus abdominis muscle endometriosis: case report and review of the literature // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* — 2010. — Vol. 36, N 4. — P. 902–906.
10. Granese R., Cucinella G., Barresi V. et al. Isolated endometriosis on the rectus abdominis muscle in women without a history of abdominal surgery: a rare and intriguing finding // *Journal of Minimally Invasive Gynecology.* — 2009. — Vol. 16, N 6. — P. 798–801.
11. Gunes M., Kayikcioglu F., Ozturkoglu E., Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research.* — 2005. — Vol. 31, N 5. — P. 471–475.
12. Healy J. T., Wilkinson N. W., Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: A case report // *Am. Surg.* — 1995. — Vol. 61. — P. 962–963.
13. Hill J. A. Immunology and endometriosis. fact, artefact, or epiphenomenon // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* — 1997. — Vol. 24. — P. 291–306.
14. Horton J. D., Dezee K. J., Ahnfeldt E. P., Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases // *Am. J. Surg.* — 2008. — Vol. 196. — P. 207–212.
15. Hussien A. M., Saad J. H., Nadeem Z., Alharbi F. Rectus abdominis endometriosis: A descriptive analysis of 10 cases concerning this rare occurrence // *Saudi Med. J.* — 2013. — Vol. 34 (10). — P. 1035–1042.
16. Ideyi S. C., Schein M., Niaz M., Gerst P. H. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall // *Digestive Surgery.* — 2003. — Vol. 20, N 3. — P. 246–248.
17. Karaman H., Feridun B., Özaşlamacı A. Endometriosis externa within the rectus abdominis muscle // *Ulusal Cer. Derg.* — 2014. — Vol. 30. — P. 165–168. DOI:10.5152/UCD.2014.2035.
18. Khanzada Z., Tippett R., Lagattolla N. Spontaneous intramuscular rectus abdominis endometrioma: A Diagnostic Challenge // *J. Clin. Case Rep.* — 2012. — Vol. 2, N 14.
19. Koger K. E., Shatney C. H., Hodge K., Mcclenathan J. H. Surgical scar endometrioma // *Surg. Gynecol. Obstet.* — 1993. — Vol. 177. — P. 242–246.
20. Lemos N. A., Arbo E., Scalco R. Decreased anti-Müllerian hormone and altered ovarian follicular cohort in infertile patients with mild/minimal endometriosis // *Fertil. Steril.* — 2008. — Vol. 89 (5). — P. 1064–1068.
21. Lermann J., Mueller A., Körber F. Evaluation of high-sensitivity C-reactive protein in comparison with C-reactive protein as biochemical serum markers in women with endometriosis // *Fertil. Steril.* — 2010. — Vol. 93 (7). — P. 2125–2129.
22. Luisi S., Gabbanini M., Sollazzi S. Surgical scar endometriosis after Cesarean section: a case report // *Gynecol. Endocrinol.* — 2006. — Vol. 22 (5). — P. 284–285. DOI:10.1080/09513590600777578.
23. Matthes G., Zabel D. D., Nastala C. L., Shestak K. C. Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of the literature // *Annals of Plastic Surgery.* — 1998. — Vol. 40, N 6. — P. 672–675.
24. Miller W. B. Jr, Melson G. L. Abdominal wall endometrioma // *AJR Am. J. Roentgenol.* — 1979. — Vol. 132 (3). — P. 467–468.
25. Ozkan O. F., Cikman O., Kiraz H. A. et al. Endometrioma localized in the rectus abdominis muscle: a case report and review of literature // *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.* — 2014. — Vol. 27 (3). — P. 230–231.
26. Roberge R. J., Kantor W. J., Scorza L. Rectus abdominis endometrioma // *Am. J. Emerg. Med.* — 1999. — Vol. 17. — P. 675–677.
27. Tomas E., Martin A., Garfia C. et al. Abdominal wall endometriosis in absence of previous surgery // *J. Ultrasound. Med.* — 1999. — Vol. 18. — P. 373–374.
28. Thylan S. Letter to the editor: Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: A case report // *Am. Surgeon.* — 1996. — Vol. 62. — P. 617.

Эндометриома прямой мышцы живота

В. Г. Мишалов, И. М. Лещишин, О. И. Охоцкая, П. Л. Бык,
П. П. Минченко, О. В. Панчук, С. М. Пакришень

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Эндометриоз определяют, если ткани эндометрия расположены вне полости матки. Ткани эндометрия могут локализоваться в брюшине, влагалище, рубцовых тканях, шейке матки, маточных трубах, прямой кишке, мочевыводящих путях, пространстве Дугласа и любом органе живота. Эндометриозу передней брюшной стенки, как правило, предшествует наличие хирургического рубца, чаще — после кесарева сечения. По данным литературы, распространенность эндометриоза составляет 8–15%. Экстрагенитальная локализация эндометриом, а именно эндометриоз передней брюшной стенки, является редкой патологией. В литературе описан 21 случай изолированного эндометриоза прямых мышц живота после первого описания в 1984 г. М. Amato и R. Levitt. Большинство из них связаны с хирургическими вмешательствами, которые сопровождаются раскрытием полости матки. Описан клинический случай эндометриомы, локализованной в прямой мышце живота, после кесарева сечения у женщины в возрасте 33 лет. Освещены особенности диагностики и тактики хирургического лечения у больных с экстрагенитальным эндометриозом.

Ключевые слова: прямая мышца живота, эндометриоз, кесарево сечение.

Endometrioma of the rectus abdominis

V. G. Mishalov, I. M. Leschishin, O. I. Okhotska, P. L. Byk,
P. P. Minchenko, O. V. Panchuk, S. M. Pakrishen

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Endometriosis is determined if the endometrial tissue is located outside the uterine cavity. Endometrial tissue can be localized in the peritoneum, vagina, scar tissue, cervix, fallopian tubes, rectum, urinary tract, Douglas space and any abdominal organ. Endometriosis of the anterior abdominal wall is usually preceded by the presence of a surgical scar, more often after a caesarean section. According to the literature, the prevalence of endometriosis is 8–15%. Extragenital localization of the endometrium, namely endometriosis of the anterior abdominal wall, is a rare pathology. In literature, 21 cases were described of isolated endometriosis of the rectus abdominal muscles after the first description in 1984 by M. Amato and R. Levitt. Most of them are associated with surgical interventions, which are accompanied by the opening of the uterine cavity. A clinical case of an endometrioma localized in the rectus abdominal muscle is described in a woman aged 33 years after a caesarean section. The features of diagnostics and tactics of surgical treatment of patients with extragenital endometriosis are highlighted.

Key words: rectus abdominis, endometriosis, caesarean section.