Pojęcie nadżerki (nadżerki prawdziwej) oznacza w medycynie płytki ubytek błony śluzowej na skutek toczącego się procesu zapalnego czy nowotworowego. Głęboki ubytek nosi nazwę wrzodu (owrzodzenia).

To, co obserwujemy na szyjce macicy, a dokładnie na tarczy części pochwowej szyjki macicy (część nadpochwowa szyjki macicy, jak sama nazwa wskazuje, znajduje się powyżej światła pochwy), i co otacza ujście zewnętrzne jej kanału, widoczne jest jako zaczerwienienie (erytroplakia). Zjawisko to nazywane było również nadżerką gruczołowa. W istocie, zgodnie z prawdą nie ma ono nic wspólnego z nadżerką. Badanie kolposkopowe pozwala postawić dokładną, prawidłową diagnozę. Jest to najczęściej ektopia gruczołowa. Pojęcie ektopii oznacza prawidłową tkankę zlokalizowaną w nieprawidłowym miejscu. I tak dla przykładu ciąża, która powinna znajdować się i rozwijać w macicy, jeśli znajdzie się np. w jajowodzie, będzie nosiła miano ciąży ektopowej (pozamacicznej). Tak więc tzw. „nadżerkę" czyli ektopię gruczołową szyjki macicy tworzy nabłonek gruczołowy obecny normalnie w kanale szyjki. Gdy granica międzynabłonkowa (między kanałowym nabłonkiem gruczołowym a pokrywającym ściany pochwy i część pochwową szyjki macicy nabłonkiem wielowarstwowym płaskim) zamiast przebiegać na powierzchni tarczy w bezpośrednim

sąsiedztwie ujścia zewnętrznego kanału szyjki, leży na obwodzie tarczy, widoczny na jej powierzchni czerwony nabłonek gruczołowy tworzy właśnie ektopię gruczołową, widoczną w badaniu we wzierniku jako erytroplakia (przedmiot naszych rozważań – „nadżerka").

Czy taką ektopię gruczołową należy leczyć? Najczęściej nie. A już na pewno nie przed osiągnięciem pełnej dojrzałości czyli przed skończonym 18 rokiem życia. Granica międzynabłonkowa nie jest stała, przesuwa się w wyniku powstawania wtórnego nabłonka wielowarstwowego płaskiego z nabłonka gruczołowego (w procesie metaplazji płaskonabłonkowej). Często kobieta wówczas słyszy od lekarza, że „nadżerka się goi". Oczywiście wymaga to czasu i proces ten nie może być zakłócany przez stany zapalne. Pacjentka powinna być pod stałą kontrolą lekarską, mieć okresowo wykonywaną cytologię, a przede wszystkim na wstępie procesu diagnostyczno-terapeutycznego winno być wykonane badanie kolposkopowe. Właśnie kolposkopia jest w stanie odpowiedzieć na pytanie, czy zmiana rozpoznana w badaniu we wzierniku jako erytroplakia (zaczerwienienie) jest w istocie ektopią gruczołową, czy ma tendencję do „zagojenia się" (czy widoczny jest proces metaplazji płaskonabłonkowej), czy nie ma powikłania pod postacią subklinicznej infekcji HPV. W końcu jednym z podstawowych wskazań do kolposkopii jest stwierdzenie w badaniu ginekologicznym zmian w pochwie, w tym zmian na szyjce macicy.

Jednakże może trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że nabłonek gruczołowy produkuje śluz i to o zasadowym odczynie. Zmiana pH pochwy z fizjologicznie kwaśnego w stronę alkalicznego, przy dużej produkcji śluzu przez nabłonek ektopowy spowoduje odmienne warunki bakteriologiczne, stanie się „zaproszeniem" dla flory chorobotwórczej, a w efekcie spowodować może nawracające zapalenia pochwy i szyjki macicy z groźbą zapaleń wstępujących (do wyższych pięter narządu rodnego). Często obserwowanym zjawiskiem przy latami trwającej ektopii gruczołowej szyjki macicy jest przerost części pochwowej szyjki macicy, zniekształcenie spowodowane rozwojem tkanki łącznej przy przewlekłym stanie zapalnym. W końcu nie bez powodu taka ektopia nazywana bywa „wrotami infekcji".

Przy stanach tego typu, gdy nie widać szans na wyleczenie środkami farmakologicznymi, należy podjąć decyzję o leczeniu zabiegowym. Zakres leczenia i jego metodę ustalamy indywidualnie w zależności od wszystkich czynników – wiek pacjentki, plany macierzyńskie, stan szyjki macicy (np. pęknięcia poporodowe, przerost, wydłużenie, inne zniekształcenia). W przypadku bardziej skomplikowanym, z dużymi zmianami, u kobiety ze zrealizowanymi już planami macierzyńskimi, metodą z wyboru może być wycięcie fragmentu szyjki tak, by usunąć wszystkie zmiany chorobowe. U kobiety młodej, jeszcze bezdzietnej lub mającej mieć więcej dzieci postępujemy bardzo oszczędnie i delikatnie. Stosujemy najczęściej metody destrukcyjne polegające na zniszczeniu ogniska ektopii bez uszkadzania tkanek pozostających. Do takich metod, stosowanych przez nas  należy kriodestrukcja (zamrażanie) i koagulacja fotonowa (fotokoagulacja) posługująca się światłem o dużej mocy, podobnie jak laser. Powstająca w procesie gojenia się rany blizna jest cienka i elastyczna i nie upośledza funkcji rozrodczych szyjki macicy (nie powoduje niepłodności, nie ogranicza zdolności do „utrzymania ciąży", nie wpływa na proces rozwierania się szyjki macicy w porodzie). Wykonywana dawniej elektrokoagulacja (zwana często „wypalanką") z zastosowaniem diatermii chirurgicznej z prądami wysokiej częstotliwości nie miała tych zalet i dlatego u młodych kobiet nie powinna być wykonywana.

Oczywiście do takiego zabiegu pacjentka musi być odpowiednio przygotowana. Konieczna jest aktualna cytologia i kolposkopia. Jest to szczególnie ważne, gdy ma być wykonany zabieg destrukcji tkanki. Po zabiegu polegającym na wycięciu tkanki, materiał tkankowy jest przebadany histopatologicznie i dzięki temu można postawić rozpoznanie ostateczne. W przypadku  zabiegu polegającym na niszczeniu tkanki nie ma możliwości wykonania takiego badania i dlatego należy wykorzystać wszystkie dostępne techniki diagnostyki nieinwazyjnej, by mieć pewność, jaką tkankę z jaką chorobą niszczymy. Oczywiście przygotowanie do zabiegu obejmuje również diagnostykę mikrobiologiczną, by nie wykonywać go w środowisku zakażonym, by gojenie się rany przebiegało bez powikłań. Staramy się również odpowiednio znieczulać do takiego zabiegu, uwzględniając przy tym priorytety pacjentki. Współczesna medycyna potrafi stworzyć komfort przeciwbólowy i z niego w pełni korzystamy, stosując znieczulenia miejscowe lub zapraszając  do współpracy znakomitego anestezjologa.